Nr 13 28 marca 1937 Rok XVI

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

M. BURAK. Wilno.

Badanie elektrokardiograficzne z obciążeniem w dusznicy bolesnej ze szczególnym uwzględnieniem odprowadzenia czwartego i piątego [1]).

Z Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu St. Batorego w Wilnie.
Dyrektor: Prof. Dr A. Januszkiewicz.

Stosowane od kilku lat w elektrokardiografii badanie z obciążeniem stanowi cenne uzupełnienie badania metodą zwykłą, ponieważ pozwala wykrywać niewydolność krążenia wieńcowego po wysiłku łatwiej, niż w spoczynku. Pomijając duże znaczenie teoretyczne tej metody badania, należy podkreślić jej znaczną wartość praktyczną. Polega ona na tym, iż, stwierdzając zmiany elektrokardiograficzne, występujące po wysiłku, uzyskujemy przedmiotowe rozpoznanie dusznicy bolesnej wysiłkowej i uniezależniamy się dzięki temu poniekąd od podmiotowych danych wywiadu.

Szczególnie jednak ważnym staje się badanie wysiłkowe w przypadkach o wywiadzie nietypowym dla dusznicy bolesnej; pozwala ono wtedy wykryć to cierpienie w okresie początkowym, jak również u osobników nieodpowiednio leczonych z powodu nietypowych bólów.

W Klinice Wewnętrznej zaczęliśmy stosować badanie wysiłkowe od 1933 roku.

W ciągu tego czasu zbadaliśmy 32 chorych na dusznicę bolesną wysiłkową.

W 21 przypadkach stwierdziliśmy zmiany charakterystyczne, opisane przez Scherfa i Goldhammera oraz Dietricha i Schwiegka. Z pozostałych 11 przypadków w trzech EKG spoczynkowy wykazywał daleko posunięte zmiany, świadczące o uszkodzeniu mięśnia sercowego; po wysiłku dalsze zmiany nie wystąpiły. W dalszych dwóch przypadkach zmiany były wątpliwe: polegały one na zniknięciu odwróconego wychylenia T_3 po wysiłku. Z ogólnej liczby 32 przypadków pozostaje 6, w których badanie elektrokardiograficzne zarówno w spoczynku, jak po obciążeniu, zmian nie wykazało. Należy zaznaczyć, że w badaniach tych stosowaliśmy tylko odprowadzenia zwykłe. Na podstawie obserwacyj Buraka i Churga możemy przypuszczać, iż uwzględnienie odprowadzenia 4 i 5-tego pozwoliłoby otrzymać jeszcze większy odsetek przypadków dusznicy bolesnej, w których występują zmiany EKG.

Uwzględniając wyłącznie badanie wysiłkowe, mogliśmy się przekonać na naszym materiale, iż w 66% przypadków rozpoznanych klinicznie, jako dusznica bolesna wysiłkowa, wynik jego był dodatni.

W żadnym innym przypadku, w którym wywiad nie wykazywał cech charakterystycznych dla dusznicy bolesnej wysiłkowej, zmiany EKG po obciążeniu nie występowały. Dotyczyło to w równej mierze chorych z nadciśnieniem, wadą serca lub zwyrodnieniem mięśnia serca. Ujemny wynik próby wysiłkowej pozostawał bez wpływu, czy EKG spoczynkowy tych chorych wykazywał zmiany patologiczne, czy nie wykazywał.

Badania nasze, jak również całego szeregu innych autorów (Winternitz i inni) wykazują, że jednak w pewnym odsetku dusznicy bolesnej badanie wysiłkowe zawodzi; może to dotyczyć również tych przypadków, w których po wysiłku występuje ból lub ucisk za mostkiem. Przekonuje to nas o tym, że mechanizm powstawania bólu i zmian elektrokardiograficznych w dusznicy bolesnej jest różny; między tymi zjawiskami znajduje się, jak twierdzi Winternitz, jakiś bliżej nieznany czynnik „X". Dlaczego w poszczególnych przypadkach dusznicy bolesnej wysiłkowej badanie z obciążeniem daje wynik ujemny? W tej chwili odpowiedzi na to nie mamy.

Co prawda należy pamiętać, że wynik próby wysiłkowej w dusznicy bolesnej może zależeć od indywidualnych warunków, w których występuje niedokrwienie mięśnia serca. Z tego powodu zaleca Scherf wykonywać to badanie ściśle indywidualnie. Jeżeli zwykłe badanie wysiłkowe, pomimo wystąpienia bólu lub ucisku za mostkiem, zmian EKG nie wykazuje, należy powtórzyć badanie po większym obciążeniu. Również zdarza się, że ujemny wynik tej próby staje się dodatni, jeżeli obciążenie przeprowadzamy po obfitszym posiłku.

Pomimo tych uwag uzupełniających, cały szereg wyników ujemnych jest faktem niezaprzeczalnym i niewytłumaczonym.

Patologiczne obniżenie odcinka S-T oraz zmiany wychylenia T w postaci jego spłaszczenia lub odwrócenia należy odróżniać od nieznacznego obniżenia odcinka S-T, zaznaczającego się po wysiłku u ludzi zdrowych.

Czasem mogą zdarzyć się przypadki, w których niezwykle trudną jest ocena tego, co jeszcze jest normalnym, a co patologicznym. Nie uwzględniając tej ewentualności, można błędnie interpretować krzywe elektrokardiograficzne, jak to ma miejsce u Rosenbergera. Autor ten przyjął fizjologiczne obniżenie odcinka S-T, występujące u ludzi zdrowych po obciążeniu, za równoznaczne z obniżeniem patologicznym u chorych na dusznicę bolesną wysiłkową.

Wychodząc z założenia, że zawsze mogą zdarzyć się przypadki, nastręczające trudności w zdecydowaniu, czy spostrzegane zmiany należy zaliczyć do patologicznych, postanowiliśmy zastosować w badaniu wysiłkowym również odprowadzenia strzałkowe, to znaczy odprowadzenie 4 i 5. Chodziło nam o przekonanie się, czy w przypadkach z wynikiem ujemnym lub wątpliwym próby wysiłkowej, odprowadzenia strzałkowe nie będą bardziej przekonywujące, niż pozostałe trzy.

Przeprowadzając badanie wysiłkowe za pomocą odprowadzenia 4 i 5-tego na całym szeregu ludzi zdrowych, można było przekonać się, że krzywa elektrokardiograficzna nie ulegała żadnym zmianom. Czasem występowało jedynie nieznaczne spłaszczenie ujemnego T; jednakże T pozostawało ujemne w granicach, oznaczonych przez Churga i Buraka dla EKG normalnego. Również w przypadkach schorzeń serca (nie dusznicy bolesnej), powodujących patologiczny wygląd EKG w odprowadzeniu 4 i 5-tym, dalsze zmiany po obciążeniu nie występowały.

Poniżej przytaczamy nasze spostrzeżenia:

Przypadek 1. Chory S., 47 lat, podaje typowe skargi dla dusznicy bolesnej wysiłkowej. Ucisk za mostkiem zjawia się przy najmniejszym wysiłku. Choruje od kilku miesięcy. Przechodził kiłę.

Przy badaniu narząd krążenia bez zmian. Ciśnienie krwi 180/95. Radiologicznie: nieznaczne rozszerzenie części wstępującej tętnicy głównej. Odczyn Wa we krwi ujemny.

EKG spoczynkowy: niskie T_1 i T_2. Badanie po obciążeniu, kilkakrotnie przeprowadzone, stale wykazywało wybitne zmiany. W odprowadzeniu 4 i 5-tym w spoczynku zmian nie stwierdzono. Natomiast po wysiłku zaznaczyło się wybitne podwyższenie odcinka S-T, przebieg jego stał się łukowaty. Wygląd ten przypominał obraz, stwierdzany w ostrym okresie zawału mięśnia serca (Parade). (Zdjęcie zostało podane w pracy Buraka i Churga).

U chorego zastosowano seryjne leczenie wstrzykiwaniami dożylnymi strofantyny w myśl wskazówek Edensa i Zimmermanna. Po 12 wstrzykiwaniach strofantyny chory poczuł się znacznie lepiej, mógł chodzić przez dłuższy czas bez bólu; nie odczuwał bólu nawet po wysiłku, po którym dotychczas miewał tak silne bóle, że niekiedy trzeba było doraźnie podawać nitroglicerynę. Pomimo poprawy podmiotowej, zmiany wysiłkowe EKG pozostały te same, jakie obserwowano przed lub w czasie leczenia strofantyną.

Przypadek 2. Chory K., 52 lat, od wielu lat cierpi na obustronne chromanie przystankowe. Od kilku miesięcy podaje skargi dusznicowe; przed 3 miesiącami napad bólowy o charakterze zawału mięśnia serca.

Przy badaniu stwierdza się nieznaczne powiększenie lewej komory. Ciśnienie krwi 120/60 na ramieniu prawym, 75/60 na ramieniu lewym.

Na tętnicy sprychowej lewej i na obu tętnicach piszczelowych tylnych i grzbietowych stopy — tętna nie wyczuwa się.

[1]) Wygłoszone jako odczyt w Druskienickim Towarzystwie Lekarskim w dniu 20 lipca 1936 roku.

Odczyn Wa we krwi — ujemny.

EKG spoczynkowy: Lewogram. Odcinek $S-T_1$ obniżony o przebiegu łukowatym, $S-T_2$ i $S-T_3$ — nieco podniesiony do góry. T_1 — dwufazowe z lekką przewagą fazy dodatniej.

Po wysiłku wystąpiły zmiany charakterystyczne, głównie w odprowadzeniu 1. W odprowadzeniu 4 i 5-tym w spoczynku: duży załamek Q, brak załamka R, T_4 i T_5 — dodatnie. W 2 minuty po wysiłku wystąpiło wyraźne podwyższenie odcinka S-T, przechodzącego w dodatnie T z lekko zaznaczoną fazą ujemną. Już po 4 minutach zmiany te cofnęły się.

Przypadek 3. Chory O., 45 lat, cierpi od kilku lat na dusznicę bolesną wysiłkową. Od 5 miesięcy wystąpiło wybitne pogorszenie, wyrażające się między innymi w postaci nocnych napadów bólowych. Przed 9 laty przebywał w klinice z powodu ataku częstoskurczu napadowego; atak ten trwał 11 dni. Od tego czasu stwierdzano często skurcze dodatkowe.

Przy badaniu stwierdza się powiększenie serca we wszystkich kierunkach.

Radiologicznie: uwypuklenie i wydłużenie cienia tętnicy głównej. Ciśnienie krwi 150/60.

Odczyn Wa we krwi ujemny.

EKG spoczynkowy: Lewogram. $S-T_1$ o przebiegu łukowatym, nieco obniżony, $S-T_3$ nieco podniesiony do góry. T_1 — odwrócone ku dołowi, T_2 — prawie niewidoczne, T_3 — dodatnie. Po wysiłku T_1 stało się dodatnie, odcinek $S-T_1$ podniósł się do poziomu linii izoelektrycznej, T_2 i T_3 — stały się wybitnie dodatnie.

W odprowadzeniu 4 i 5-tym w spoczynku: bardzo duży załamek Q, prawie niewidoczny załamek R. Odcinek S-T podwyższony do góry, T — dodatnie.

Po wysiłku S-T uległo dalszemu podwyższeniu, przebieg jego stał się łukowaty o przejściu bezpośrednim w T, część dodatnia T przechodziła w fazę ujemną. Po 10 minutach faza ujemna T stała się bardziej wyraźna.

W tym przypadku zmiany po wysiłku w odprowadzeniu 4 i 5-tym były te same, co i w przypadku poprzednim. W odprowadzeniach zwykłych zaznaczyło się natomiast odwrócenie ku górze ujemnego T_1 czyli EKG patologiczny pod wpływem wysiłku zbliżył się w swym wyglądzie do obrazu normalnego.

Przypadek 4. Chory S., 64 lat, odczuwa od kilku lat lekkie bóle ściskające za mostkiem, występujące po większym wysiłku. Przybył do kliniki z powodu nagłej utraty przytomności przed kilku tygodniami.

Przy badaniu stwierdza się rozedmę płuc średniego stopnia, nieznaczne powiększenie lewej komory i rozszerzenie tętnicy głównej, ogólną miażdżycę tętnic; ciśnienie krwi 155/85. Radiologicznie wykryto wrzód dwunastnicy (brak wszelkich skarg ze strony przewodu pokarmowego). Odczyn Wa we krwi ujemny.

EKG spoczynkowy: Niskie wychylenia T. Po wysiłku wystąpiło utrzymujące się w ciągu kilku minut obniżenie $S-T_2$ i $S-T_3$.

W odprowadzeniu 4 i 5-tym w spoczynku: S-T nieco podwyższone, T — dodatnie z nieznacznie wyrażoną fazą ujemną. Po wysiłku S-T uległo wyraźnemu podwyższeniu, przebieg jego stał się łukowaty. T stały się bardziej dodatnie, faza ujemna — silniej wyrażona. Zmiany te utrzymywały się w ciągu 3—4 minut i były bardziej charakterystyczne i przekonywujące, niż w odprowadzeniach zwykłych.

Przypadek 5. Chory W., 41 lat, cierpi od 3 miesięcy na dusznicę bolesną wysiłkową. Najlżejszy wysiłek wywołuje silny ból za mostkiem.

W ciągu ostatnich dwóch tygodni pobytu w klinice napady bólowe zaczęły występować podczas połykania pokarmów.

Przy badaniu fizykalnym i radiologicznym nie stwierdza się żadnych zmian. Odczyn Wa we krwi ujemny.

EKG spoczynkowy: Niewysokie T_1, poza tym bez zmian. Po wysiłku obok wybitnych zmian w odprowadzeniu 2 i 3 wystąpiły liczne dodatkowe skurcze komorowe różnego kształtu.

W odprowadzeniu 4 i 5 w spoczynku: odcinek $S-T_4$ nieco podniesiony do góry, $S-T_5$ wyraźnie przemieszczony do góry. T_4 — ostro odwrócone ku dołowi, T_5 — dwufazowe z przewagą fazy dodatniej.

W 2 minuty po wysiłku $S-T_4$, a głównie $S-T_5$ uległo obniżeniu; T stały się silniej ujemne w odprowadzeniu 4 i głęboko ujemne w odprowadzeniu 5.

Po 8 minutach S-T znowu uległo nieznacznemu przemieszczeniu do góry, T stały się silnie dodatnie. Po 10 minutach wróciło S-T do poziomu linii izoelektrycznej, T stały się ostro dodatnie. Po 20 minutach obraz EKG zbliżył się do obrazu spoczynkowego, różniąc się nieco od niego w wyglądzie T_4, $S-T_5$ i T_5. (Tabl. 1).

Przypadek ten wykazuje, że równolegle ze zmianami charakterystycznymi w odprowadzeniach zwykłych, wystąpiły wybitne i jaskrawe zmiany w odprowadzeniach strzałkowych. Zmiany te utrzymywały się nieco dłużej, niż w odprowadzeniach zwykłych. Należy podkreślić, iż obraz spoczynkowy EKG w odprowadzeniu 5 jest bezwzględnie patologiczny; jednocześnie EKG w odprowadzeniu 4 żadnych odchyleń od normy nie wykazywał.

Przypadek 6. Chora, 67 lat, skarży się na silne bóle za mostkiem, występujące bezpośrednio lub wkrótce po spożyciu pokarmów lub wypiciu wody. Bóle te promieniują do lewej lub prawej kończyny górnej i do pleców, trwają one od 20 do 30 minut i ustępują wkrótce po zażyciu nitrogliceryny. Czasem bóle te występują bez żadnego powodu. Choruje od kilku tygodni. Przed rokiem miewała ściskanie za mostkiem i w dołku podsercowym po większym wysiłku, lecz nie zwracała na to uwagi. Ostatnio lekarz zalecił bezwzględny spokój; pomimo to częstość i intensywność napadów nie uległa zmniejszeniu.

Przy badaniu fizykalnym otyłej chorej, większych zmian nie stwierdza się. Ciśnienie krwi 130/90. Prześwietlenie klatki piersiowej i przewodu pokarmowego nie wykazało zmian.

EKG w zwykłych odprowadzeniach nie wykazywał zmian.

Przypadek powyższy nastręczał pewne trudności pod względem rozpoznawczym. Pomimo stałej zależności między występowaniem bólów a przyjmowaniem pokarmów, ze strony górnych dróg pokarmowych zmian nie stwierdzono.

Z drugiej strony charakter oraz promieniowanie bólów i ustępowanie ich pod wpływem nitrogliceryny, przemawiały za dusznicowym ich pochodzeniem.

Można było by myśleć o odruchowym zwężeniu tętnic wieńcowych przez zadrażnienie nerwu błędnego w chwili występowania aktu połykania.

Ponieważ EKG w odprowadzeniach zwykłych zmian nie wykazywał, zdecydowaliśmy przeprowadzić badanie elektrokardiograficzne po wywołaniu napadu bólowego. Napad ten wywołaliśmy z łatwością, podając chorej nieduży talerz kleiku. W kilka minut po spożyciu kleiku wystąpiły bardzo silne bóle za mostkiem, które trwały w ciągu 15 minut i musiały być przerwane za pomocą nitrogliceryny; były one tak silne, że chora jęczała i błagała o przerwanie ich.

Śledząc EKG, mogliśmy stwierdzić, iż prawie jednocześnie ze zjawieniem się bólu wystąpiło silne, łukowate obniżenie odcinka S-T w odprowadzeniu 1 i 2. Po 10 minutach to obniżenie uległo dalszemu pogłębieniu. Bardzo powoli zmiany te zaczęły się cofać i dopiero po 30 minutach EKG wrócił do wyglądu pierwotnego (Tabl. 2). Należy zaznaczyć, iż bóle ustąpiły znacznie wcześniej, niż zmiany w EKG. Na czas trwania bólów bezwzględny wpływ wywarła nitrogliceryna, natomiast odpowiedzieć nie możemy, czy wpłynęła ona na szybsze cofanie się zmian EKG.

Jednocześnie z odprowadzeniami zwykłymi stosowaliśmy również odprowadzenie piąte, w którym obraz EKG był bezwzględnie patologiczny. Odcinek S-T był wyraźnie przemieszczony do góry i przechodził w dwufazowe wychylenia T. Z chwilą wystąpienia bólu odcinek S-T uległ dalszemu przemieszczeniu do góry, przebieg jego stał się łukowaty; po 15 minutach T stały się ostre i wybitnie dodatnie, a S-T odchodziło wysoko od R — obraz przypomniał falę P a r d e e. Zmiany te cofnęły się znacznie wolniej, niż w odprowadzeniach zwykłych i po 25 minutach były silnie wyrażone.

Po 2 dniach chora nagle zmarła. Badanie sekcyjne nie zostało przeprowadzone.

Sądziliśmy, że przypadek opisany zasługuje na szczególne wyróżnienie ze względu na rzadko notowane występowanie bólu dusznicowego bezpośrednio po spożywaniu pokarmów. Przy badaniu elektrokardiograficznym stwierdzono zmiany jedynie w odprowadzeniu 5-tym (odprowadzenia 4-tego nie robiliśmy ze względu na ciężki stan chorej). Były one charakterystyczne zgodnie z badaniami W o l f e r t h a i W o o d a dla uszkodzenia mięśnia serca lub zawału tylnej ściany komory lewej.

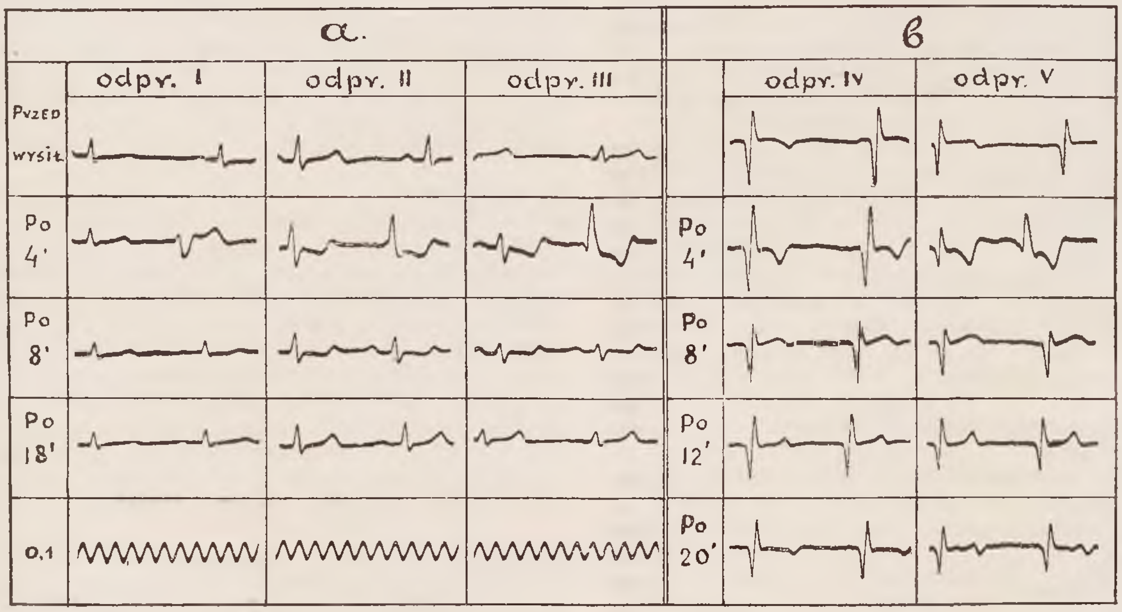
Zmiany stwierdzone w odprowadzeniach zwykłych w czasie wystąpienia bólu mogłyby świadczyć o ciężkim zaburzeniu w ukrwieniu serca i większym upośledzeniu w krwiobiegu wieńcowym. Szczególnie interesująco przedstawiały się zmiany w odprowadzeniu 5-tym, na ogół były one podobne do zmian wysiłkowych, stwierdzonych w pozostałych przypadkach; jednak były one wyrażone bardziej jaskrawo i dłużej się utrzymywały.

Omówienie.

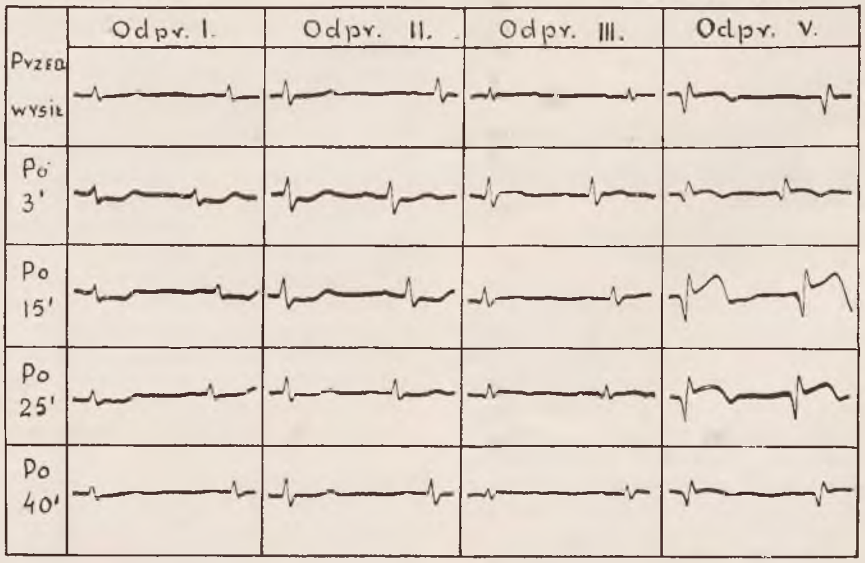
Omówiliśmy sześć przypadków dusznicy bolesnej, spośród których ostatni zasługuje na szczególną uwagę ze względu na sposób wywalania bólów przez spożycie pokarmów. W pozostałych pięciu przypadkach czas trwania oraz natężenie bólu, wywołanego przez ten sam wysiłek, były rozmaite.

Tablice do pracy M. B u r a k a pt.: *Badanie elektrokardiograficzne z obciążeniem w dusznicy bolesnej ze szczególnym uwzględnieniem odprowadzenia czwartego i piątego.*

TABLICA 1 ½ nat. wielk.



TABLICA 2 ½ nat. wielk.



Dwa z nich (przypadek 2 i 4) pod względem klinicznym należy zaliczyć do przypadków lekkich, pozostałe, szczególnie piąty, do ciężkich.

Badanie elektrokardiograficzne w odprowadzeniach zwykłych wykryło zmiany patologiczne tylko w dwóch przypadkach (2 i 3); natomiast w odprowadzeniach strzałkowych zmiany ujawniono w pięciu przypadkach. Należy podkreślić i uznać za oznakę patologiczną nawet nieznaczne przemieszczenie do góry odcinka S-T w odprowadzeniach strzałkowych, niezależnie od wyglądu wychyleń T. Zwykle tego rodzaju przemieszczenie S-T kojarzy się z dwufazowym T (przypadek 5 i 6); jeżeli jednak wychylenia T pozostają odwrócone ku dołowi, zachowanie się S-T jest decydującym. Jest rzeczą ważną, że opisane zmiany mogą występować wyłącznie w odprowadzeniu 5-tym przy całkiem normalnym obrazie EKG w odprowadzeniu 4-tym. Przedstawia to przypadek piąty. Należy pamiętać o tym i w każdym wątpliwym przypadku wykonać również zdjęcie w odprowadzeniu 5-tym. Spostrzeżenie to powiększa wartość odprowadzeń strzałkowych dla oceny stanu mięśnia sercowego.

We wszystkich opisanych przypadkach badanie po wysiłku lub w czasie bólu, wywołanego przez spożycie pokarmu (przypadek 6), ujawniało wystąpienie charakterystycznych zmian EKG.

Spośród tych przypadków wyróżnia się nieco przypadek 3: chodzi w nim mianowicie o to, iż zmiany wysiłkowe wyraziły się w zniknięciu ujemnego wychylenia T_1 i wystąpieniu dodatniego T_1. Tego rodzaju paradoksalny wynik po wysiłku nie jest bynajmniej odosobnionym spostrzeżeniem: stwierdzili to Scherf i Goldhammer i Parade; my również mieliśmy możność obserwowania paru podobnych przypadków. Wytłumaczenie tego pozornie paradoksalnego odczynu zostawiamy na później.

Przechodząc do omówienia zmian wysiłkowych, występujących w odprowadzeniach strzałkowych, należy podkreślić, że w żadnym z dotychczas zbadanych przypadków dusznicy bolesnej, w którym próba wysiłkowa pozostała ujemną w odprowadzeniach zwykłych, również w odprowadzeniach strzałkowych zmian nie było.

Zasadniczą cechą zmian wysiłkowych w odprowadzeniach strzałkowych jest przemieszczenie odcinka S-T do góry; przebieg jego staje się łukowaty o wypukłości zwróconej do góry. Zależnie od natężenia zmian, przemieszczenie to jest silniej lub słabiej wyrażone. W przypadkach jaskrawych EKG przypomina obraz, spostrzegany w odprowadzeniu 1 lub 3 i opisany przez Pardee, jako charakterystyczny dla zawału mięśnia serca (przypadek 6 — Tabl. 2). Wychylenia T, o ile poprzednio były dodatnie, stają się dwufazowe. Natomiast ujemne T odwracają się ku górze, czasem nawet bardzo wysoko (przypadek 5 i 6). Z przytoczonych przypadków wynikało by, iż spostrzegane zmiany można podzielić na dwie grupy; do pierwszej należy zaliczyć zmiany lekkie, przeważnie krótko zaznaczone, polegające na przemieszczeniu odcinka S-T do góry i wystąpieniu dwufazowego T. W grupie drugiej występują zmiany ciężkie, wyrażające się znacznym podniesieniem odcinka S-T, a co najważniejsze, w wystąpieniu silnie dodatniego, długo utrzymującego się, wychylenia T.

Na ogół można było stwierdzić, iż zmiany w odprowadzeniach strzałkowych występują równolegle do zmian w odprowadzeniach zwykłych. Jak doświadczenie dotychczasowe poucza, dodatni lub ujemny wynik próby wysiłkowej zaznaczał się jednocześnie zarówno w odprowadzeniach zwykłych, jak i w odprowadzeniach strzałkowych. Również natężenie tych zmian jest podobne; niekiedy zmiany w odprowadzeniach strzałkowych mogą dłużej utrzymywać się, niż w odprowadzeniach zwykłych; dotyczy to szczególnie przypadków ciężkich.

Jak już wyżej podaliśmy, w niektórych przypadkach dusznicy bolesnej w odprowadzeniach zwykłych zmiany wysiłkowe polegają na zniknięciu ujemnego T i wystąpieniu dodatniego T (przypadek 3); natomiast w odprowadzeniach strzałkowych zmiany są, jak zawsze, tego samego typu. Przeczy to zapatrywaniom Parade, który sądził, iż zniknięcie zmian patologicznych EKG po wysiłku mogłoby świadczyć o dobrym ukrwieniu mięśnia serca na skutek wzmożenia krążenia wieńcowego, spowodowanego większą pracą serca.

Nie daje się to jednak powiązać z wystąpieniem odczynu bólowego po wysiłku, pomimo paradoksalnego zachowania się EKG. Zestawiając jednak te zmiany ze zmianami szablonowymi w odprowadzeniach strzałkowych, możemy odrzucić zapatrywanie Parade. Wiemy przecież, że wychylenia T są wyrazem sumy potencjałów prądów czynnościowych obu komór. W warunkach patologicznych występuje zaburzenie w przebiegu tych prądów; wyrazem tego są zmiany w kształcie wychylenia T. Po wysiłku, na skutek niedokrwienia mięśnia serca, zachodzą dalsze zmiany w potencjale prądów elektrycznych, powodując w swym układzie wystąpienie dodatniego T. Nie jest ono wówczas wyrazem normalnych prądów komór, lecz jest spowodowane, pomimo pozornie normalnego ukształtowania, przez odpowiedni układ prądów w zmienionym mięśniu serca. Za słusznością tego rozumowania przemawia porównanie zmian w odprowadzeniach zwykłych z jednoczesnymi zmianami szablonowymi, występującymi w odprowadzeniach strzałkowych i charakterystycznymi dla niedomogi krążenia wieńcowego.

Ponieważ w trzech z podanych przypadków przeprowadziliśmy seryjne leczenie wstrzykiwaniami strofantyny (Edens, Zimmermann), należy wspomnieć o wpływie tego leczenia na samopoczucie chorego oraz zmiany wysiłkowe EKG. Jedynie w przypadku pierwszym samopoczucie chorego uległo poprawie i bóle po wysiłku i dłuższym chodzeniu prawie nie występowały; natomiast w dwóch innych przypadkach skargi pozostały te same (przypadek 3 i 5), przy czym w przypadku piątym napady zaczęły występować nawet częściej i trwały dłużej. Jeżeli chodzi o zmiany wysiłkowe EKG, pozostały one takie same, jak przed leczeniem strofantyną. Dotyczy to również przypadku pierwszego, w którym wystąpiła podmiotowa poprawa. Na podstawie tych paru spostrzeżeń nie możemy wypowiedzieć się w sprawie wpływu strofantyny na dusznicę bolesną i wygląd EKG wysiłkowego; zagadnienie to będzie tematem osobnej pracy po zebraniu dostatecznej liczby dłużej spostrzeganych przypadków. Przypadki dotychczas zbadane pouczają nas jednak, że wpływ strofantyny jest nader problematyczny, a w każdym razie nie poprawia ona krwiobiegu wieńcowego; świadczy o tym wynik próby wysiłkowej EKG. Zmiany wysiłkowe przed i po leczeniu strofantyną były takie same co do natężenia, szybkości występowania i czasu trwania. Mimo, że w przypadkach, leczonych teobrominą i papaweryną można było badaniem elektrokardiograficznym wykazać poprawę nie tylko podmiotową, lecz i przedmiotową (Scherf i Goldhammer), to nasz przypadek pierwszy, leczony strofantyną, tej poprawy przedmiotowej nie wykazał.

Wracając do pytania zasadniczego, musimy stwierdzić, iż badania dotychczasowe wykazały, co następuje:

Próba wysiłkowa w odprowadzeniach strzałkowych wywołuje charakterystyczne zmiany EKG, występujące jednocześnie ze zmianami w odprowadzeniach zwykłych. Nie można było dotychczas stwierdzić, żeby w przypadkach, w których próba ta była ujemną w odprowadzeniach zwykłych, w odprowadzeniach strzałkowych dała wynik dodatni. Stosowanie badania wysiłkowego w odprowadzeniach strzałkowych pogłębia i bardziej uwypukla charakter i natężenie zmian patologicznych i z tego powodu lepiej i dokładniej odtwarza zaburzenia w ukrwieniu serca po zadaniu mu większej pracy.

Piśmiennictwo:

1) Burak i Churg: Polsk. Arch. Med. Wewn. 1936. — 2) Dietrich i Schwiegk: Klin. Wochenschrift. 1933. — 3) Edens: Münch. Med. Woch. 147. 1933. — 4) Scherf i Goldhammer: Z. f. Klin. Med. T. 124. 1933. — 5) Scherf: Wien. Klin. Woch. 4. 1936. — 6) Parade: Klin. Woch. 50. 1934. — 7) Winternitz: Med. Klin. 41. 1934. — 8) Zimmermann: Münch. Med. Woch. 8. 1935.

Dr Julian ALEKSANDROWICZ. Kraków.

Prosty przyrząd do pobierania, przechowywania i przetaczania krwi konserwowanej.

Z Oddziału I A. Szpitala św. Łazarza w Krakowie.
Ordynator: Prof. Dr T. Tempka.

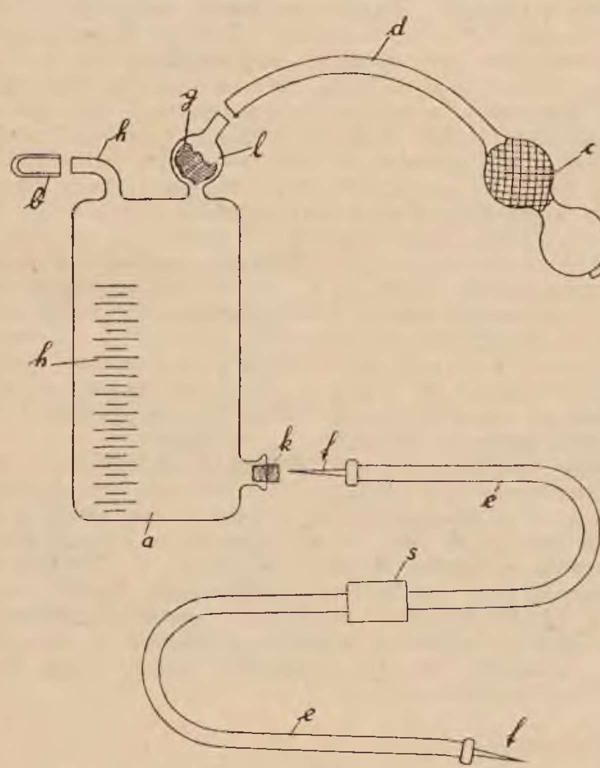
W artykule ogłoszonym w Pol. Gaz. Lek. Nr 34, 1935 r., omówiłem rozwój sposobów przechowywania krwi poza ustrojem w stanie płynnym oraz przytoczyłem wyniki doświadczeń całego szeregu autorów, którzy tę krew przetaczali. Podkreślałem wówczas, że krew konserwowana, jakkolwiek pod względem wartości biologicznych krwi świeżej ustępuje, ma jednak nad nią przewagę, zwłaszcza gdy chodzi o leczenie ostrych niedokrwistości pokrwotocznych. W tych bowiem przypadkach o skuteczności leczenia rozstrzyga szybka pomoc lekarska, polegająca na usunięciu niedoboru krwinek.

Wiemy z doświadczenia, że zanim w naszych warunkach sprowadzi się dawcę, mimo sprawnej organizacji ośrodków dawców, pomoc może być spóźniona. Natomiast ampułkę krwi konserwowanej grupy O, zawsze można mieć w pogotowiu i bez oznaczania przynależności grupowej choremu przetoczyć. Poza tym krew konserwowana jest w użyciu dogodniejsza, aniżeli

krew dawcy: odpada tu bowiem cały szereg technicznych trudności związanych z własnością krzepnięcia krwi, z potrzebną wprawą posługiwania się przyrządem do przetaczania itd., a wystarcza umiejętność dożylnego zastrzyku.

Z tych to względów krew konserwowana może znaleźć zastosowanie w wojskowej służbie zdrowia, u lekarzy na prowincji, słowem tam, gdzie dostarczenie dawcy lub bezpośrednie przetoczenie krwi napotyka na trudności często nie do pokonania, jako też w zakładach leczniczych, gdzie często o dodatnim wyniku leczniczym rozstrzyga natychmiastowe przetoczenie krwi.

Opierając się na pomyślnych wynikach, uzyskanych przy pomocy przetoczeń krwi konserwowanej przez Vladosa, Balachowskiego, Guinsbourga, Teuconi'ego i Palazzo, Couturot'a, Jeann, Bielenky'ego, Fedorof'a, Berouline'a, Karawanoffa, Neroza, z polskich autorów przez Sokołowskiego, Popielskiego i przeze mnie, starałem się możliwie jak najbardziej uprościć, a tym samym udostępnić kołom lekarzy sposób pobierania krwi, przechowywania jej oraz przetaczania.



Przyrząd mój (zgłoszony w Państwowym Urzędzie Patentowym), którym posługuję się, ma postać ampułki o pojemności około 600 cm³, sporządzonej ze szkła jenajskiego. Na szczycie ampułki znajduje się rurka szklana „h" zgięta pod kątem prostym i zamknięta gumową nasadką „b". Obok znajduje się rurka krótsza zakończona banieczką „l" wypełniona watą, również zamknięta podobną gumową nasadką. Na dnie umieszczona jest szyjka zamknięta gumowym korkiem „k".

Przed pobraniem krwi wprowadzamy do naczynia płyn konserwujący w ilości odpowiadającej mniej więcej liczbie cm³ krwi, jaką zamierzamy pobrać. Następnie wyjaławiamy naczynie, pozostawiając banieczkę „l" otwartą.

Pobranie krwi od dawcy odbywa się w ten sposób, że usuwa się gumową nasadkę z rurki „h", przepala się rurkę nad płomieniem i zakłada się na nią — z zachowaniem zasad jałowości — wyjałowiony dren gumowy zakończony igłą o szerokim świetle, jakiej normalnie używa się do upustu krwi. Następnie na rurkę „l" nakładamy pompkę ssącą lub dren z ustnikiem. Tu ścisłe przestrzeganie aseptyki jest zbyteczne, ponieważ wyjałowiona wata w banieczce chroni zawartość ampułki przed zakażeniem bakteriami z powietrza.

Wreszcie wkłuwamy igłę do naczynia krwionośnego w sposób typowy i rozrzedzając powietrze pompką lub ustami, wprowadzamy krew do ampułki, dopomagając sobie mięsieniem ręki. Po upuszczeniu odpowiedniej ilości krwi zamykamy wyjałowionymi nasadkami gumowymi rurkę „h" i „l" i po wymieszaniu roztworu krwi z płynem konserwującym umieszczamy ampułkę w lodowni. Jako płynu konserwującego używamy roztworu podanego przez współpracowników Moskiewskiego Instytutu dla przetaczania krwi, o następującym składzie: *Natrium citricum tribasicum* (51/2, H_2O) — 5,20, *Natrium chlorat.* — 7.00, *Kalium chlorat.* 0,20, *Magnes. sulfur. anhydr.* — 0,04, *Aqua destil.* — *ad* 1000,00.

Czas przechowywania krwi przy użyciu tego płynu wynosił około 20 dni.

Chcąc przeprowadzić kontrolne badania krwi zawartej w ampułce, pobieramy próbki krwi przez nakłucie korka w szyjce „k" igłą z nasadzoną nań strzykawką, przestrzegając zasad jałowości. Następnie wciągamy odpowiednią ilość krwi do strzykawki, po czym igłę z korka wyciągamy, a próbę krwi poddajemy odpowiednim badaniom.

Przetaczanie krwi przy pomocy tego przyrządu jest również prostym zabiegiem. Po wymieszaniu zawartości ampułki zanurzamy ją do naczynia z wodą o ciepłocie około 40°, celem ogrzania krwi do ciepłoty ciała. Następnie po uprzednim odkażeniu korka „k" przekłuwamy przezeń igłę o dużym świetle, (jakiej używa się do upustu krwi), z którą połączony jest dren „e". Na drugim końcu drenu znajduje się igła, którą wkłuwamy do żyły chorego. Dren ten włączony jest w naczyńko zawierające filtr z gazą „s", który nie dopuszcza do tego, by możliwe skrzepy krwi dostały się do krwiobiegu. Po złożeniu przyrządu i sprawdzeniu jego działania, wkłuwamy igłę do naczynia żylnego odbiorcy. Krew wypływa z przyrządu, albo siłą ciężkości, albo też wywieramy ciśnienie w naczyniu przy pomocy gumowego balonika „c", który załączony jest do rurki „l". Filtr z waty „g" przeciwdziała i w tym wypadku zakażeniu z powietrza.

Opisany przyrząd można zastosować nie tylko dla celów przetaczania krwi konserwowanej, lecz również do pośredniego przetaczania krwi świeżej — bez okresu konserwacji — zmieszanej z cytrynianem, którą jak z doświadczeń między innymi z polskich autorów, Szymanowicza i Schwarza wynika — można otrzymać równie dobre wyniki, jak po krwi świeżej. Z tych to względów przyrząd ten może znaleźć zastosowanie u lekarza na prowincji, który będąc z dala od większych ośrodków lekarskich, jest niejednokrotnie bezradny, nie mając możności dokonania przetoczenia krwi.

Przyrządy wypełnione krwią konserwowaną o oznaczonej przynależności grupowej mogłyby znajdować się w zakładach chirurgii, zwłaszcza urazowej oraz mogłyby znaleźć zastosowanie w wojskowej służbie zdrowia. W bojowych bowiem warunkach można by przyrząd napełniony krwią grupy „O" mieć stale w pogotowiu i użyć go nawet już w „B. P. O.". Korzystną stroną tego przyrządu jest również to, że posłużyć się nim może też pomocniczy personel sanitarny (nie lekarski), albowiem wystarczy tu umiejętność dożylnego zastrzyku i znajomość zasad aseptyki.

Dr R. WYGOWSKI. Asystent Oddziału. Warszawa

Próby leczenia duru brzusznego nowarsenobenzolem z decholiną.

Z Oddziału Obserwacyjnego Szpitala Zakaźnego im. św. Stanisława w Warszawie.
Ordynator: Dr T. Bartoszek.

Mało jeszcze jest jednostek chorobowych, gdzie można by zastosować leczenie istotnie swoiste. Mimo licznych usiłowań nie udało się dotąd wynaleźć takiego swoistego leczenia w durze brzusznym. Jeżeli przejrzymy najważniejsze próby leczenia duru brzusznego, zetkniemy się z wielką liczbą środków leczniczych, które bądź zawiodły zupełnie, bądź mają znaczenie czysto objawowe. Jedynie istnieje zgoda wszystkich autorów co do odpowiedniej pielęgnacji chorego na dur brzuszny.

Już w sprawie odżywiania nie mamy zgodności poglądów. Od początku bieżącego stulecia zjawiają się głosy ostro krytykujące wyłącznie płynną dietę i proponujące dietę mieszaną jako więcej kaloryczną (Schottmüller, Braude). Wielką ilość środków leczniczych stosowanych w durze brzusznym w zależności od ich sposobu działania można by podzielić na cztery grupy, a mianowicie: 1) leki, wzmagające odporność ustroju, 2) leki w założeniu swym bakteriobójcze, 3) leki objawowe, 4) fizjoterapia.

Do pierwszej grupy środków należą leki wprowadzane przeważnie pozajelitowo w celu czynnego lub biernego uodpornienia ustroju. Są to surowice, szczepionki oraz nieswoiste ciała białkowe. Leczenie surowicami zapoczątkowali Widal i Chantemesse w 1892 roku. Autorzy ci wstrzykiwali surowice uodpornionych zwierząt podskórnie w ilości od 10—150 cm³. Wyników wybitniejszych nie otrzymali. Thiroloix, Garseaux i Bordon stosowali surowicę, otrzymaną od koni uodpornionych endotoksyną durową w ilości 14 cm³ i uzyskiwali obniżenie śmiertelności do 4,3% (z 18%). Wasserman, Jeż

i Kluk-Kluczycki podawali doustnie i podskórnie wyciągi z narządów uodpornionych zwierząt, otrzymując dobre wyniki.

Inni autorzy w badaniach kontrolnych otrzymali wyniki znacznie gorsze. Ostatnio Filiński, Morzycki i Zabłocki stosowali surowicę o działaniu antytoksycznym, otrzymaną przez uodpornienie koni autolizatem prątków durowych w dawkach od 20—40 cm³, dochodząc do ogólnej ilości 300 cm³. Otrzymali w 25% dodatnie wyniki.

Leczenie szczepionkami durowymi pierwszy stosował Fraenkel w ilości od 0,5—2 cm³ i otrzymywał dobre wyniki. Inni autorzy, jak Pfeiffer, Kolle, Vincente stosowali różne odmiany metody Fraenkla. Karwacki również próbował leczyć dur brzuszny szczepionką swoistą oraz zebrał statystykę innych autorów, stosujących tę samą metodę, razem 1.453 przypadki. Podaje przy tym, że przypadki duru brzusznego, leczone szczepionkami swoistymi wykazują śmiertelność 4,9%. Ławrynowicz stosował szczepionkę gonokokową dożylnie (0,1 cm³). U 34 chorych otrzymał cztery poronne wyleczenia. Przed kilku laty Luxemburg zastosował dożylnie w leczeniu duru brzusznego przesącz Besredki, otrzymał wyniki dobre, jednak zawsze była obawa groźnego wstrząsu anafilaktycznego

Po leczeniu szczepionkami przyszła kolej na proteinoterapię, zwłaszcza po stwierdzeniu Weichardta i Schredera, że pod wpływem ciał nieswoistych wzmaga się ilość przeciwciał (aglutynin). Gorecki, Michalski, Latkowski, a przedtem jeszcze Saxl stosowali pozajelitowo mleko (5—10 cm³), inni autorzy stosowali pepton, deuteroalbuminy itd. Wyniki nie były zachęcające. Prócz tego Gorecki stosował w durze brzusznym domięśniowe wstrzyknięcia krwi własnej chorego oraz obcej w ilości 10—20 cm³; otrzymywał dobre wyniki.

Do drugiej grupy należą leki w założeniu swym bakteriobójcze. Stosowano więc początkowo doustnie salol, urotropinę (Chauffard, Osler), następnie zaczęli stosować leki, mające działać w kierunku wyjałowienia ustroju. Karwacki leczył 50 przypadków duru złotem i rtęcią koloidalną; okres gorączkowy skracał przeciętnie do 12 dni, były 4 nawroty i 4 zgony.

Sahli zaproponował jodbizmutchininę, tzw. Quinby. Lipiński ze Lwowa, stosując metodę Sahliego, otrzymywał 100% dobrych wyników. W Warszawie sposób ten stosowali Kruszówna, Ligęza i Trzaskaczówna. Używali *Quinby soluble, Bi. chaulmoograe* i Cardyl, po jednej ampułce (3 cm³ 10% roztworu) domięśniowo, co parę dni. Różnica w działaniu między poszczególnymi rodzajami preparatu nie była znaczna, w 36% przypadków uzyskano bezpośredni korzystny wpływ, w 72% przypadków przebieg choroby był lżejszy. Gorecki w 672 przypadkach duru brzusznego przeprowadzał leczenie przy pomocy *Quinby soluble, Bismuthum chaulmoograe,* Cardylu, Aurolu, Argentolu, Neptalu, Phosphacidu, Hemoplus, Cinnozylu, Allochrysyny (prócz tego również stosował autor i hetero-hemoterapię, mleko, urotropinę). Porównując uzyskiwane wyniki, doszedł do wniosku, że najskuteczniejszy przy durze brzusznym był Quinby. Ostatnio Lucherini i Liuzzo podali sposób leczenia duru brzusznego za pomocą dożylnego wstrzykiwania neosalwarsanu, rozpuszczonego w roztworze soli sodowej kwasu dehydrocholowego (decholina). Wyniki były bardzo zachęcające (ani jednego zejścia śmiertelnego, po 4—5 dniach spadek ciepłoty i poprawa stanu ogólnego, zupełna nieszkodliwość preparatu, mimo stosowania dużych dawek salwarsanu).

Do grupy środków objawowych, stosowanych w durze brzusznym należy zaliczyć przede wszystkim środki przeciwgorączkowe, a więc chinina, piramidon, laktofenina, aspiryna, następnie środki w założeniu swym odkażające przewód pokarmowy: kwas solny, salol, benzonaftol itp., wreszcie środki nasercowe, które również należało by zaliczyć do leków objawowych. Do fizjoterapii zaliczamy cztery zasadnicze zabiegi: kąpiele, oblewania, wilgotne owijania i wycierania. Klemperer i Steinitz uważają, że nawet zapalenia płuc nie stanowią przeciwwskazania do kąpieli. Stosują też kąpiele od 34° i dolewając stopniowo zimnej wody doprowadzają ciepłotę kąpieli do 10°. Wymienione zabiegi fizjoterapeutyczne posiadają dodatni wpływ na układ nerwowy, oddychanie, pośrednio więc i na krążenie, obniżając łagodnie ciepłotę i sprzyjają utrzymywaniu skóry w należytym porządku.

I. Ogólne zasady leczenia stosowane na oddziele.

Chorzy, poddani leczeniu arsenobenzolem z decholiną podlegali równocześnie i ogólnemu leczeniu, jakie stosowano u wszystkich chorych durowych na oddziele. Dlatego też wspomnę pokrótce o tym leczeniu.

Dieta składała się w okresie gorączkowym z pożywienia płynno-papkowatego. Po 4 dniach bezgorączkowych chorzy dostawali kaszę na sypko, pieczywo; po 7 dniach — jarzyny; po 12 dniach — mięso.

Odwodnieniu i zatruciu ustroju przeciwdziałano podawaniem dużej ilości płynów, w razie potrzeby stosowano wlewanie podskórne roztworu cukru gronowego oraz fizjologicznego roztworu soli kuchennej od 300—500 cm³. Dużą uwagę zwracano na pielęgnację chorego, jak na oczyszczanie jamy ustnej, utrzymywanie skóry w należytym porządku, mycie i kąpanie chorych w miarę ich stanu ogólnego itd.

Poza tym stosowano leczenie objawowe, podawano więc zależnie od potrzeby salol, benzonaftol, kwas solny, środki nasercowe itd.

Należy zaznaczyć, iż u chorych leczonych za pomocą nowarsenobenzolu z decholiną nie stosowano środków przeciwgorączkowych, aby nie obniżać gorączki sztucznie i nie zaciemniać wpływu leczenia nowarsenobenzolowo-decholinowego.

II. Dobór chorych.

Leczenie nowarsenobenzolowodecholinowe zastosowano u 50 chorych w wieku od 15—45 lat. Wśród tych 50 chorych było 40 mężczyzn i 10 kobiet. Ponieważ chorzy przybywali do szpitala po pewnym czasie od chwili zachorowania, przeto nie można było stosować leczenia nowarsenobenzolem z decholiną w pierwszym tygodniu. Dlatego u wszystkich chorych początek leczenia przypada na połowę albo na koniec drugiego tygodnia. Wszystkie przypadki mogą być określone jako średniociężkie, przypadków lekkich unikano umyślnie, żeby nie maskować wyniku doświadczenia. Leczenie rozpoczynano dopiero wtedy, kiedy rozpoznanie nie nasuwało żadnych wątpliwości. Opierano rozpoznanie duru brzusznego na wyniku badania fizykalnego i spostrzeganiu chorego, na zasadzie obrazu morfologicznego krwi, na dodatnim odczynie Widala (badanie aglutynacji wykonywano w pracowni szpitala — Kierownik Dr Wróblewski) oraz na dodatnim odczynie dwuazowym w moczu. Jako przeciwwskazania do leczenia nowarsenobenzolem z decholiną uważano schorzenia wątroby, nerek, schorzenia serca i stosowane już przed tym leczenie salwarsanowe.

III. Sposób leczenia duru brzusznego Lucherini i Liuzzo i modyfikacja tej metody, stosowana na oddziele.

Oryginalna metoda Lucherini i Liuzzo polega na dożylnym wstrzykiwaniu neosalwarsanu z decholiną w następujących dawkach:

I. dzień — 0,30 neosalwarsanu, rozpuszczonego w 5 cm³ 20% roztworu decholiny.
II. dzień — 0,45 neosalwarsanu, rozpuszczonego w 5 cm³ 20% roztworu decholiny.
III. dzień — 0,60 neosalwarsanu, rozpuszczonego w 5 cm³ 20% roztworu decholiny.
IV. dzień — 0,60 neosalwarsanu, rozpuszczonego w 5 cm³ 20% roztworu decholiny.

Jeżeli zachodziła potrzeba, Lucherini wstrzykiwał jeszcze dwukrotnie neosalwarsan z decholiną w dawkach po 0,60. Nie ryzykując stosowania jednak tak dużych dawek neosalwarsanu, zmieniliśmy nieco powyższą metodę i podawaliśmy dawki mniejsze, mianowicie:

I. dzień — 0,15 nowarsenobenzolu, rozpuszczonego w 5 cm³ 20% roztworu decholiny,
II. dzień — 0,30 nowarsenobenzolu, rozpuszczonego w 5 cm³ 20% roztworu decholiny,

następnie jeden dzień przerwy, podczas której badano mocz chorego, przy tym zwracano uwagę na obecność białka, wzmożenie urobilinogenu i urobiliny oraz na obecność czerwonych ciałek i wałeczków w osadzie. Po tej przerwie, jeśli nie stwierdzono nieprawidłowych składników w moczu, podawano 0,45 nowarsenobenzolu, rozpuszczonego w 5 cm³ 20% roztworu decholiny, po czym następowała przerwa pięciodniowa, podczas której znów badano mocz. Jeśli ciepłota nie obniżyła się do stanu prawidłowego oraz utrzymywały się objawy duru, chory otrzymywał jeszcze jedno wstrzyknięcie z 0,45 nowarsenobenzolu, rozpuszczonego w 5 cm³ 20% roztworu decholiny. Jako preparaty fabryczne stosowano nowarsenobenzol Spiessa i decholinę Riedel-de Haen A. G.

IV. Bliższe dane leku.

Nie będę oczywiście mówił o nowarsenobenzolu, jako o środku powszechnie znanym, chcę tylko parę słów powiedzieć o decholinie.

Jest to sól sodowa kwasu dehydrocholowego, wprowadzona do lecznictwa przez Neubauera. Używana głównie w schorzeniach wątroby i dróg żółciowych. Wyrabiana jest przez firmę J. D. Riedel-E. de Haen A. G., w handlu znajduje się pod postacią tabletek po 0,25 g oraz ampułek po 5 cm³ i 10 cm³ 20% roztworu. Posiada silne działanie żółciopędne.

Doświadczenia dotychczasowe, przeprowadzone nad połączeniem decholiny z neosalwarsanem wykazały, że decholina, choć nie posiada bakteriobójczego działania, wzmaga jednak wpływ salwarsanu, ułatwia jego przyswajalność dla ustroju i zmniejsza jego działanie trujące.

V. Spostrzeżenia nad stosowaniem nowarsenobenzolu z decholiną w durze brzusznym.

Spostrzeżenia nad wynikiem leczenia duru brzusznego za pomocą nowarsenobenzolu z decholiną przeprowadzono w różnych kierunkach według ściśle określonego schematu. Zagadnienia, które starano się rozstrzygnąć były następujące:

I. wpływ bezpośredni tego leczenia na ogólny stan chorego,
II. wpływ na czas trwania choroby, a zwłaszcza na długość okresu gorączkowego,
III. na powstawanie powikłań,
IV. na śmiertelność,
V. na nosicielstwo,
VI. na obraz morfologiczny krwi,
VII. na częstość powikłań spowodowanych przez nowarsenobenzol.

Ad I. Niewątpliwie najwierniejszym odbiciem przebiegu choroby, a częściowo i ogólnego stanu, jest zachowanie się krzywej ciepłoty, chcąc jednak szczegółowiej omówić zachowanie się gorączki pod wpływem leczenia arsenobenzolowodecholinowego, będzie w tym punkcie omówiony tylko całokształt obrazu klinicznego podczas stosowania tego leczenia.

Trudno oczywiście mówić o jakimkolwiek działaniu swoistym na przebieg duru brzusznego, ale niewątpliwie dodatni wpływ zaznaczył się dość wybitnie. Mianowicie zwykle po trzech wstrzyknięciach, tj. na piąty dzień od rozpoczęcia leczenia zaznaczała się wyraźna poprawa samopoczucia chorego, ciepłota obniżała się w większości przypadków do stanu prawidłowego, równocześnie ustępowało odurzenie durowe, a u chorych zupełnie zamroczonych przeważnie w krótkim czasie wracała przytomność. Stany podniecenia durowego szybko mijały, śledziona powiększona w 41 przypadkach zmniejszała się i dolna granica nie przekraczała łuku żebrowego, najpóźniej po ośmiu dniach od chwili pierwszego wstrzyknięcia. Tylko trzy przypadki z ogólnej liczby 50 można było uważać za oporne na działanie nowarsenobenzolu z decholiną, gdyż mimo pięciokrotnych wstrzykiwań stan chorych jeszcze w ciągu czterech tygodni pozostawał bardzo ciężki. Dodatni więc wynik uzyskano w 94% przypadków. W 6 przypadkach, co stanowi 12%, można było mówić o przerwaniu choroby, gdyż po drugim wstrzyknięciu (0,3 nowarsenobenzolu z decholiną), czyli na trzeci dzień od rozpoczęcia leczenia, zniknęły wszystkie objawy chorobowe i chorzy ci po dwóch tygodniach zdrowienia zostali wypisani jako zupełnie wyleczeni.

Pozwolę sobie te przypadki przytoczyć:

Przypadek 1. Chory W. W., lat 28, przybył do szpitala dnia 25. VII. 1936 r. (Nr ks. gł. 1862), 13. dzień choroby, ciepłota 39,6⁰, przytomny, na skórze poszczególne różyczki. Śledziona macalna, Widal 1:400. Płuca i serce bez zmian. Krew: c. b. 6.200, N — 48%, L — 52%. Odczyn dwuazowy +. Po dawce 0,15 *n. ars. benz.* z decholiną, nazajutrz ciepłota obniżyła się do 37,8⁰, powtórzono wstrzyknięcie w dawce 0,3, wieczorem ciepłota 36,4⁰. Dalszy przebieg bezgorączkowy. Wypisany jako wyleczony dnia 9. VIII. 1936 r.

Przypadek 2. Chory D. K., lat 36, przybył do szpitala dnia 30. VIII. 1936 r. (Nr ks. gł. 2498). 9. dzień choroby, zupełnie odurzony, niespokojny, był lekko zaznaczony objaw Kerniga. Na skórze obfita różyczka, śledziona macalna. Ze strony serca i płuc zmian nie stwierdzono. Widal 1:400. Krew: c. b. 3.900, N — 62%, L — 38%. W moczu odczyn dwuazowy +. Dnia 2. IX. 1936 otrzymał chory 0,15 *n. ars. benz.* z decholiną. Nazajutrz ciepłota rano 38⁰, wieczorem 36,8⁰, przytomny. Po następnym wstrzyknięciu 0,3 *n. ars. benz.* stan bezgorączkowy, zupełnie przytomny. Po 4 dniach śledziona niewyczuwalna. Po dwóch tygodniach wyleczony.

Przypadek 3. Chory M. S., lat 16, przybył do szpitala dnia 26. IX. 1936 r. (Nr ks. gł. 2991). 9. dzień choroby, ciepłota 39,7⁰, przytomny. Na skórze poszczególne różyczki, śledziona wyczuwalna. Widal 1:800. Krew: c. b. 5.400; N — 42%, L — 56%, M — 2%. Odczyn dwuazowy —. Wstrzyknięto 0,15 *n. ars. benz.* z decholiną, ciepłota następnego dnia obniżyła się do 36,8⁰. Po drugim wstrzyknięciu do 36,6⁰. Dalszy przebieg bez gorączki, śledziona po 5 dniach niewyczuwalna. Wypisany jako wyleczony dnia 14. X. 1936 r.

Przypadek 4. Chory P. C., lat 34, przybył do szpitala dnia 10. VIII. 1936 r. (Nr ks. gł. 2169). 12. dzień choroby, podniecenie ruchowe, wymiotuje, silny ból głowy, ciepłota 39⁰. Śledziona wyczuwalna, różyczek nie stwierdza się. Widal 1:800. Krew: c. b. 6.400; N — 44%, L — 53%, M — 3%; odczyn dwuazowy ujemny. Dnia 11. VIII. 1936 pierwsze wstrzyknięcie, nazajutrz drugie z 0,3 *n. ars. benz.* z decholiną. Po dwóch wstrzyknięciach ciepłota obniżyła się do 36,5⁰ i więcej nie podnosiła się. Śledziona niewyczuwalna po 4 dniach. Wypisany jako wyleczony dnia 23. VIII. 1936 r.

Przypadek 5. Chory P. J., lat 42. Przybył do szpitala dnia 1. IX. 1936 r. (Nr ks. gł. 2524). 8. dzień choroby, ciepłota 38,9⁰, silne bóle głowy, lekkie odurzenie, różyczki nie stwierdza się. Śledziona lekko macalna. Widal 1:200. Krew: c. b. 4.600; N — 60%, L — 38%, M — 2%. Dnia 3. IX. wstrzyknięto 0,15 *n. ars. benz.* z decholiną, dnia następnego 0,3 *n. ars. benz.* z decholiną, po dwóch wstrzyknięciach ciepłota obniżyła się do 36,6⁰ i dalszy przebieg bezgorączkowy. Śledziona po dwóch dniach niemacalna. Wypisany jako wyleczony dnia 17. IX. 1936 r.

Przypadek 6. Chory C. P., lat 22, przybył do szpitala dnia 6. IX. 1936 r. (Nr ks. gł. 2637). 7. dzień choroby, ciepłota 39,8⁰, odurzony. Skąpa różyczka. Śledziona macalna. Widal 1:400. Krew: c. b. 7.100; N — 70%, L — 30%. Odczyn dwuazowy dodatni. Dnia 10. IX. wstrzyknięto 0,15 *n. ars. benz.* z decholiną, wieczorem ciepłota obniżyła się do 37,4⁰, nazajutrz stan bezgorączkowy, chory przytomny, samopoczucie dobre. Śledziona po 3 dniach niewyczuwalna. Wypisany jako wyleczony dnia 25. IX. 1936 r.

Ad. II. Celem sprawdzenia wyników leczenia duru brzusznego za pomocą nowarsenobenzolu z decholiną porównano przebieg duru brzusznego leczonych tym sposobem z przebiegiem duru brzusznego u pozostałych chorych, którzy w tym samym czasie i w tych samych warunkach przebywali na oddziele i byli leczeni w zwykły sposób.

Niewątpliwie porównanie jest nie wystarczające dla oceny sposobu leczenia, jednak nie można użyć lepszego sprawdzianu. Od dnia 1. VII. 1936 r. do dnia 20. X. 1936 r. na oddziele męskim przebywało 109 chorych, z tego u 40 zastosowano leczenie nowarsenobenzolem z decholiną, a u 69 chorych tego leczenia nie zastosowano. Na oddziele durowym kobiecym leczenie powyższe zastosowano w krótszym czasie i tylko u 10 chorych, w zwykły zaś sposób równocześnie leczono 31 kobiet. Wiek chorych kontrolnych wahał się między 15 a 55 rokiem życia. Całkowita zatem liczba chorych kontrolnych wynosiła 100 przypadków. Należy nadmienić, że wszyscy chorzy pozostawali na jednakowej diecie.

Dane porównawcze są przedstawione na tablicy 1.

Tablica 1.

	Liczba chorych	Najkrótszy czas trwania okresu gorączkowego	Najdłuższy czas trwania okresu gorączkowego	Przeciętny czas trwania okresu gorączkowego	Przeciętny czas pobytu chorego w szpitalu
Chorzy leczeni za pomocą arsenobenzolu z decholiną	50	8	36	17	32
Chorzy kontrolni	100	12	58	25	39
Skrócenie w %		33%	38%	32%	18%

Jak widzimy z przytoczonej tablicy skrócenie czasu trwania choroby zależy przede wszystkim od skrócenia okresu gorączkowego i wynosi średnio 32% (17 dni u chorych leczonych metodą arsenobenzolowodecholinową i 25 dni u chorych kontrolnych). Tu jednak należy uwzględnić, że, jak wspomniano, leczenie rozpoczynano dopiero w drugim tygodniu choroby, przy obliczaniu więc okresu gorączkowego trzeba było wliczać ten okres czasu, kiedy chory leżał w domu.

Jeżeli więc, biorąc przeciętnie, rozpoczynano leczenie na 12 dzień choroby, a średnio po 17 dniach następował stan bezgorączkowy, to trzeba przyjąć, że leczenie arsenobenzolowodecholinowe spowodowało spadek ciepłoty przeciętnie w ciągu pięciu dni do stanu prawidłowego. Zachodzi pytanie, czy płeć nie wpływa na wyniki leczenia duru brzusznego arsenobenzolem i decholiną. Celem wyjaśnienia tego pytania na tablicy 2. i 3. zestawiono oddzielnie wyniki otrzymane u mężczyzn i u kobiet.

Tablica 2 (mężczyźni).

	Liczba chorych	Całkowity czas trwania choroby	Przeciętny [1]) czas trwania okresu gorączkowego
Chorzy leczeni arsenobenzolem z decholiną	40	31	17,3
Chorzy kontrolni	69	40,3	25,8

Tablica 3 (kobiety).

	Liczba chorych	Całkowity czas trwania choroby	Przeciętny czas trwania okresu gorączkowego
Chore leczone arsenobenzolem z decholiną	10	31,2	16,5
Chore kontrolne	31	39,8	24,4

Zestawiając wyniki otrzymane u mężczyzn i u kobiet widzimy, że nie zachodzą istotne różnice.

Tablica 4.

	Liczba chorych	Całkowity czas trwania choroby	Przeciętny czas trwania okresu gorączkowego
Mężczyźni	40	31	17,3
Kobiety	10	31,2	16,5

Aczkolwiek leczenie nowarsenobenzolowodecholinowe rozpoczynano zwykle w 2 tygodniu duru brzusznego, jednak dało się zauważyć, że wyniki są lepsze im wcześniej ten sposób zostanie zastosowany.

Ad III. Co do częstości powikłań w przebiegu duru brzusznego u chorych leczonych nowarsenobenzolem z decholiną (50 przypadków), to u tych chorych stwierdzono:

odoskrzelowe zapalenie płuc	w 1 przypadku,	co stanowi	2%;
zapalenie miedniczek nerkowych	„ 1 „	„	2%;
krwotoki jelitowe	„ 1 „	„	2%;
nawroty [2])	„ 2 „	„	4%.

Natomiast w przypadkach kontrolnych (100 przypadków) stwierdzono:

odoskrzelowe zapalenie płuc	w 6 przypadkach,	co stanowi	6%;
zapalenie miedniczek nerkowych	„ 2 „	„	2%;
zapalenie ucha środkowego	„ 1 „	„	1%;
zapalenie otrzewnej	„ 2 „	„	2%;
zwyrodnienie mięśnia sercowego i niewydolność krążenia	„ 3 „	„	3%;
krwotoki jelitowe	„ 4 „	„	4%;
nawroty	„ 5 „	„	5%.

Zwraca więc uwagę zmniejszenie się liczby zachorowań na odoskrzelowe zapalenie płuc. Wytłumaczyć to można skróceniem całej choroby, a szczególnie okresu gorączkowego, przez co uniknąło się wyczerpania organizmu, zwłaszcza układu krążenia. Nie było więc warunków do powstania zastoju w płucach, ułatwiającego powstanie odoskrzelowego zapalenia płuc. Nie stwierdzono w przypadkach leczonych arsenobenzolem z decholiną ani razu zapalenia ucha środkowego, zaś statystyka przypadków kontrolnych wykazuje 2% przypadków z zapaleniem ucha środkowego, co zgadza się prawie zupełnie z danymi Oslera (2,5%). Również nie było w przypadkach leczonych arsenobenzolem z decholiną ani razu przebicia jelita lub niewydolności krążenia. W przypadkach zaś kontrolnych zapalenie otrzewnej stwierdzono w 2% przypadków (wg Griesingera przebicie jelita zachodzi w 2—3% przypadków duru brzusznego). Częstość krwotoków jelitowych wg Mc Grae wynosi 7%, w naszej statystyce kontrolnej wynosi 4%, w przypadkach zaś leczonych arsenobenzolem z decholiną odsetek krwotoków był jeszcze mniejszy i wynosił tylko 2%. Ogólnie więc można stwierdzić, że u chorych leczonych arsenobenzolem z decholiną jest mniej powikłań. Należało by to tłumaczyć skróceniem okresu gorączkowego, wskutek czego chorzy uniknęli zbytniego wyniszczenia i zbytniego osłabienia sił obronnych ustroju.

Ad IV. Śmiertelność w durze brzusznym w znacznym stopniu zależy od tzw. *„genius epidemicus"*. W epidemii roku bieżącego śmiertelność nie była zbyt wielka, gdyż wynosiła na naszym oddziele około 6,8%. Jak podano wyżej, spośród przypadków leczonych nowarsenobenzolem z decholiną nie było ani jednego zejścia śmiertelnego. Jednak nie można z tego wysnuwać zbyt pochopnych wniosków, gdyż liczba 50 chorych jest zbyt szczupła. Na podstawie otrzymanych wyników można jedynie przypuszczać, że przy zastosowaniu leczenia arsenobenzolowodecholinowego należy się spodziewać mniejszej śmiertelności, na co wpływają te same przyczyny, co przy zmniejszeniu się ilości powikłań.

Ad V. Przechodzimy obecnie do bardzo ważnego zagadnienia, mianowicie, czy u chorych leczonych nowarsenobenzolem z decholiną po przebytym durze brzusznym stwierdza się nosicielstwo duru. Jako sposób wykrywania nosicieli wśród ozdrowieńców po durze brzusznym, stosuje się na oddziele dwukrotne badanie bakteriologiczne (posiewy) kału i moczu chorych w okresie bezgorączkowym. Słuszniejszym byłoby dodanie do tych badań jeszcze badania bakteriologicznego żółci B, jednak zabieg ten, jako zbyt kłopotliwy i zajmujący dużo czasu nie był stosowany. U chorych leczonych arsenobenzolem z decholiną przeprowadzano trzykrotne badania bakteriologiczne kału i moczu, a mianowicie: wydaliny były badane pierwszy raz w 4—5 dni po rozpoczęciu leczenia, drugi raz w 3—4 dni po spadku ciepłoty, trzeci raz tuż przed wypisaniem chorego. Otrzymane wyniki są godne uwagi. U żadnego z 50 badanych w ten sposób chorych nie stwierdzono w kale ani w moczu prątków duru, natomiast spośród 100 chorych kontrolnych było 12 przypadków nosicielstwa, co stanowi 12%. Co do wyjaśnienia tego zjawiska, to możliwe, iż jest to bezpośredni skutek działania nowarsenobenzolu z decholiną na wynik badania prątków duru brzusznego w kale i w moczu. Należy się jednak zastrzec, że w naszych przypadkach można by mówić tylko o usiłowaniu zapobiegania nosicielstwu, gdyż niewiadomo jakby się zachowywał nosiciel duru brzusznego, którego leczono by arsenobenzolem z decholiną.

Również nie można twierdzić stanowczo, że w ten sposób zapobiega się nosicielstwu w okresie ozdrowieńczym. Zbyt szczupły jest na to materiał oraz należało by przeprowadzić dokładne badanie mechanizmu działania stosowanych leków. Jedynie należy podkreślić, że u 50 chorych leczonych nowarsenobenzolem z decholiną w okresie ozdrowieńczym w badaniach bakteriologicznych (posiewach) ani razu nie stwierdzono w kale i moczu prątków Eberta.

Ad VI. Celem sprawdzenia, czy leczenie arsenobenzolowodecholinowe powoduje zmiany w obrazie krwi, badano krew morfologicznie dwukrotnie w 10 przypadkach, mianowicie przed stosowaniem arsenobenzolu z decholiną i po ukończonym leczeniu, w 4—6 dni po spadku ciepłoty. Wybitnie zaznaczał się wzrost białych ciałek, mianowicie do 9000 w 1 mm^3, z tego głównie wzrost leukocytów obojętnochłonnych, których ilość podnosiła się do 74%. Ilość odsetkowa limfocytów zmniejszała się, zjawiały się natomiast ciałka eozynochłonne w dość znacznej ilości, czasem do 6% (przeciętnie 3—4%). Widzimy więc, że obraz morfologiczny krwi jest zbliżony do obrazu spotykanego w okresie zdrowienia, po zwykłym przebiegu duru brzusznego, jednak bez zwykłej limfocytozy.

Zmiany powyższe świadczą, że mimo skróconego przebiegu choroby, leczenie przy pomocy nowarsenobenzolu z decholiną doprowadziło do prawdziwego wyzdrowienia i wpłynęło nie tylko na poszczególne objawy duru, ale spowodowało głębsze przestrojenie ustroju.

Ad VII. Powikłania, związane ściśle z podawaniem nowarsenobenzolu stwierdzono tylko w jednym przypadku. Mianowicie u chorego w wieku 28 lat w cztery dni po zastosowaniu trzeciego wstrzyknięcia (0,45 *n. ars. benz.)* w okresie bezgorączkowym wystąpił nagle typowy napad padaczki. Ponieważ w wywiadach, potwierdzonych przez rodzinę, u chorego podobnych objawów nie stwierdzono, jak również nie stwierdzono blizn po przygryzieniach języka, należało by przypisać te objawy podrażnieniu kory mózgowej podawaniu arsenobenzolu.

W piśmiennictwie francuskim Tzank podaje przypadek podrażnienia opon mózgowych po zastosowaniu neosalwarsanu. U nas Landau i Paradistal ogłosili podobny przypadek w następstwie leczenia arsenobenzolem.

Chory nasz po przebyciu kilku napadów typu padaczkowego w krótkim czasie odzyskał świadomość, stan pozostawał nadal bezgorączkowy i po 10 dniach został wypisany, jako wyleczony.

[1]) Licząc w tym okres zdrowienia, wynoszący przeciętnie 2 tygodnie.

[2]) Nie wszyscy autorzy zgadzają się na zaliczenie nawrotów do powikłań, jednak, nie wchodząc w istotę zagadnienia, zaliczono nawroty do powikłań, by pełniej ująć wpływ leczenia nowarsenobenzolowodecholinowego na przebieg duru brzusznego.

Tablica 5.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Obraz krwi przed stosowaniem leczenia arsenobenzolowo-decholinowego	bc 3500 N. 46% L. 54%	bc 4100 N. 38% L. 59% M. 3%	bc 5260 N. 61% L. 33% M. 6%	bc 4800 N. 58% L. 40% M. 2%	bc 3620 N. 62% L. 38%	bc 4500 N. 64% L. 30% M. 6%	bc 2980 N. 69% L. 31%	bc 6200 N. 51% L. 49%	bc 5900 N. 53% L. 46% M. 1%	bc 4360 N. 66% L. 34%
Po zastosowaniu leczenia	bc 7200 N. 71% L. 21% M. 4% E. 4%	bc 7360 N. 66% L. 28% M. 5% E. 1%	bc 9200 N. 74% L. 22% M. 1% E. 3%	bc 8300 N. 62% L. 33% M. 4% E. 1%	bc 9100 N. 70% L. 27% M. 2% E. 1%	bc 8800 N. 72% L. 20% M. 2% E. 6%	bc 6900 N. 73% L. 26% E. 1%	bc 7300 N. 63% L. 33% M. 2% E. 2%	bc 8400 N. 69% L. 26% M. 2% E. 3%	bc 9200 N. 70% L. 28% M. 1% E. 1%

Innych objawów zatrucia arsenobenzolem, jak np. żółtaczki, wysypki itp. nie stwierdzono, mimo podawania dużych dawek tego preparatu. Działanie samej decholiny nie wykazywało żadnego wpływu ubocznego.

VII. Mechanizm działania.

Z góry trzeba powiedzieć, że nie rozporządzamy materiałem dowodowym, który by mógł wytłumaczyć działanie leczenia arsenobenzolowodecholinowego. Przypuszczenie, że decholina stwarza w ustroju takie warunki, w których bakteriobójcze działanie neosalwarsanu osiąga swój szczyt wydaje się bardzo wątpliwe. Obecnie, kiedy w piśmiennictwie francuskim pojawiają się głosy, że neosalwarsan w ustroju nie posiada działania bakteriobójczego nawet w stosunku do krętków, trudno jest przypuścić bakteriobójczy wpływ arsenobenzolu na prątki Eberta. Decholina, jak wiemy, nie posiada bakteriobójczych własności, będąc jednak środkiem żółciopędnym może usuwać wraz z żółcią wielkie ilości zarazków z pęcherzyka żółciowego, co może mieć wpływ na przebieg duru brzusznego. Jednak sprawdzono u 10 chorych działanie samej decholiny podawanej trzykrotnie co drugi dzień w ilości 5 cm³ 20% roztworu i w tych przypadkach nie można było stwierdzić wyraźnej poprawy stanu ogólnego. Czynne jest zatem prawdopodobnie połączenie obu tych środków. Możliwe, że stosowanie arsenobenzolu powoduje jakieś wewnętrzne przestrojenie ustroju w kierunku wzmożenia sił obronnych za czym przemawiałyby nawet zmiany, jakie zachodzą we krwi chorego. Interesujące jest, że zmiany te dotyczą tylko białych ciałek, ilość bowiem i wygląd czerwonych ciałek nie ulega większym zmianom. Do oceny wartości sposobu leczenia zbyt małą jest ilość 50 przypadków, w jakich zastosowano leczenie duru brzusznego nowarsenobenzolem z decholiną. U większej liczby chorych leczenia tego nie można było zastosować, gdyż nie rozporządzaliśmy większą ilością decholiny.

Dlatego też pracę niniejszą należy uważać raczej jako doniesienie tymczasowe.

Wnioski ostateczne.

1. U chorych leczonych nowarsenobenzolem z decholiną w 94% przypadków uzyskano korzystny wpływ, przejawiający się poprawą stanu ogólnego i szybszym ustąpieniem objawów chorobowych.

2. Całkowity czas trwania choroby, a zwłaszcza okres gorączkowy ulega skróceniu (przeciętny pobyt w szpitalu chorych leczonych nowarsenobenzolem z decholiną wynosi 32 dni, chorych zaś kontrolnych 39 dni; odpowiednio długość okresu gorączkowego wynosi 17 dni i 25 dni).

3. Zmniejszenie się ilości powikłań (odoskrzelowe zapalenie płuc z 6% na 2%, zapalenie ucha środkowego z 2% na 0%, zapalenie otrzewnej z 2% na 0%, zwyrodnienie mięśnia sercowego z 3% na 0%, krwotoki jelitowe z 4% na 2%, nawroty z 5% na 4%).

4. Przypadków zejścia śmiertelnego u chorych leczonych nowarsenobenzolem z decholiną nie było, wśród chorych kontrolnych śmiertelność wynosiła 6,8%.

5. U ozdrowieńców leczonych poprzednio nowarsenobenzolem z decholiną w kale i w moczu po trzykrotnym badaniu bakteriologicznym (posiew) nie wykryto ani razu prątków Eberta. W przypadkach kontrolnych stwierdzono 12% nosicieli.

6. Krew u chorych leczonych nowarsenobenzolem z decholiną, po obniżeniu się ciepłoty do stanu prawidłowego, wykazywała mierną leukocytozę obojętnochłonną i obecność ciałek eozynochłonnych. Na obraz czerwonych ciałek krwi nie wywierało leczenie wyraźnego wpływu.

7. Stwierdzono tylko w jednym przypadku powikłanie, które można by łączyć z podawaniem nowarsenobenzolu, mianowicie objawy podrażnienia kory mózgowej, które przeszły bez śladu.

Piśmiennictwo:

W e s p a ń s k i: Przegl. Lek. 1917. — Z. G o r e c k i: Medycyna. Str. 626. 1933. — K r u s z ó w n a, L i g ę z a i T r z a s k a c z ó w n a: P. G. L. Nr 36. 1932. — F i l i ń s k i, M o r z y c k i i Z a b ł o c k i: Medycyna. 1936. — Ł a w r y n o w i c z, C h a c z i k o w i T a t a r i n o w: P. G. L. Nr 47, 1923. — L u c h e r i n i i L i u z z o M o n t e: La Presse Méd. Nr 35. — O b a r s k i: P. G. L. — H u s z c z a: Podręcznik chorób zakaźnych. — K a r w a c k i: Odczyty kliniczne S. XX. r. 5—6. — L u x e m b u r g: Pam. Tow. Lek. 1928. — B e c k i e r: Münch. m. Woch. 1922. — B e r n h a r d t: Przegl. Dermat. 1923. — B r a u d e: Wracz. 1935. — K r a u s s: Bullet. de l'Instit. Pasteur, Nr 13, 1925. — S a x l: Wien. Klin. Woch. 1916. — S a h l i: Wiedza Lekarska 1931 (streszczenie). — S c h m i d t: D. m. Woch. 1916. — S t e i n i t z i K l e m p e r e r: Neue Deutsche Klinik. B. 1. 1. — W e i c h a r d t i S c h r e d e r: Münch. m. Woch. 1919.

Dr Jerzy GOTLIB. Łódź.

Nowe drogi chemoterapii róży.

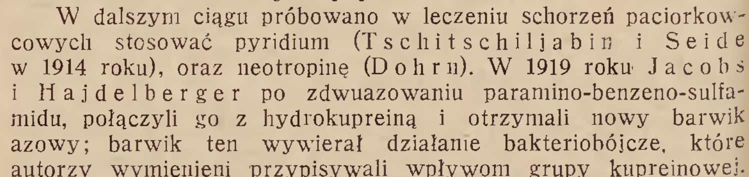
(Spostrzeżenia kliniczne nad działaniem związków azopochodnych).

Z Oddziału Zakaźnego Miejskiego Powszechnego Szpitala na Radogoszczu w Łodzi.
Ordynator: Dr M. W o l f s o n.

Doniesienia ostatnich kilku lat wskazują na to, iż chemoterapia zakażeń paciorkowcowych w szczególności zaś róży, posunęła się olbrzymimi krokami naprzód i dała wiele cennych wyników dla kliniki. Przede wszystkim w chemoterapii schorzeń paciorkowcowych odgrywały rolę barwiki azowe i grupa sulfamidowa. W roku 1908 P. G e l m ö opisał syntezę paramino-benzeno-sulfamidu, w roku 1913 E i s e n b e r g zwrócił uwagę na lecznicze własności chryzoidyny.

W dalszym ciągu próbowano w leczeniu schorzeń paciorkowcowych stosować pyridium (T s c h i t s c h i l j a b i n i S e i d e w 1914 roku), oraz neotropinę (D o h r n). W 1919 roku J a c o b s i H a j d e l b e r g e r po zdwuazowaniu paramino-benzeno-sulfamidu, połączyli go z hydrokupreiną i otrzymali nowy barwik azowy; barwik ten wywierał działanie bakteriobójcze, które autorzy wymienieni przypisywali wpływom grupy kupreinowej. Wiele prac nad związkami azopochodnymi przeprowadzali dla celów leczniczych chemicy i lekarze niemieccy i francuscy.

M i t s c h i K l a r e r w roku 1932 zastosowali połączenie barwika azowego z grupą sulfamidową (chlorowodorek sulfamidodwuamino-azobenzenu). Należy zaznaczyć, iż związek ten wynaleziony został przez D r e s s l e r a i K o t h e g o i używany był początkowo dla celów przemysłowych (barwienie wełny). M i t s c h i K l a r e r zastosowali to połączenie barwików azowych z grupą sulfamidową o wzorze:



dla celów doświadczalnych, stosując je u myszy i królików zakażanych paciorkowcami. Ten chemiczny związek znany jest w Niemczech pod nazwą Prontosilu, we Francji zaś nosi nazwę

Rubiazolu. Mimo, iż preparaty te *in vitro* nie wykazywały żadnego działania na paciorkowce, to jednak *in vivo* wywierały natychmiastowe działanie, wyrażające się szybkim zdrowieniem zakażanych zwierząt.

Dalsze badania doświadczalne przeprowadzone na małpach i królikach przez Levaditiego, Waismana i Domagka wykazały, iż to połączenie barwika azowego z grupą sulfamidową (chlorowodorek sulfamido-dwuamino-azobenzenu) posiada swoiste działanie przeciwko zakażeniom paciorkowcowym *in vivo* i że odznacza się minimalną toksycznością (zwierzęta znosiły go dobrze nawet w dawce po 2—3 g na kg wagi). Barwik ten zastosowany był w klinice Lemiera w Paryżu przez Meyera-Heynego, w klinikach niemieckich przez Schreussa, Klee i Römera. Wszyscy ci autorzy w podanych przez siebie przypadkach podkreślają działanie Prontosilu, czy też Rubiazolu na zakażenia paciorkowcowe zwłaszcza zaś przy róży u dorosłych i dzieci. Powyższe badania kliniczne utorowały temu związkowi chemicznemu drogę do dalszych nad nim spostrzeżeń.

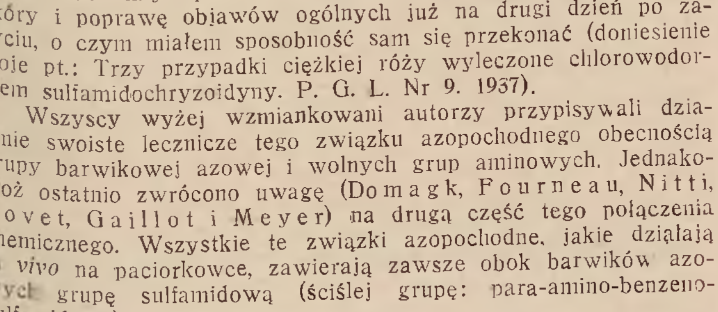
Dalsze doniesienia Imhausera, Schreussa, Puschla, Gmelina, Landaua, Lamperta, Kramera, z angielskich badaczy Colebrooka, Kennyego, japońskich Hajaschi i Araki, podkreślają działanie Prontosilu i Rubiazolu w znakomitej większości obserwowanych przypadków zakażeń paciorkowcowych w szczególności zaś przy róży. Związek ten (Prontosil czy Rubiazol) nie wykazywał żadnego ubocznego szkodliwego działania, szybko zostawał wchłaniany przez tkanki, powodował silny spadek ciepłoty, cofanie się zapalnego stanu skóry i poprawę objawów ogólnych już na drugi dzień po zażyciu, o czym miałem sposobność sam się przekonać (doniesienie moje pt.: Trzy przypadki ciężkiej róży wyleczone chlorowodorkiem sulfamidochryzoidyny. P. G. L. Nr 9. 1937).

Wszyscy wyżej wzmiankowani autorzy przypisywali działanie swoiste lecznicze tego związku azopochodnego obecnością grupy barwikowej azowej i wolnych grup aminowych. Jednakowoż ostatnio zwrócono uwagę (Domagk, Fourneau, Nitti, Bovet, Gaillot i Meyer) na drugą część tego połączenia chemicznego. Wszystkie te związki azopochodne, jakie działają *in vivo* na paciorkowce, zawierają zawsze obok barwików azowych grupę sulfamidową (ściślej grupę: para-amino-benzeno-sulfamidową).

To dało powód do przypuszczenia, iż ta właśnie stale występująca grupa sulfamidowa jest czynnikiem działającym. A zatem, iż w Prontosilu, czy Rubiazolu, nie grupa barwikowa azowa, lecz właśnie grupa sulfamidowa znajdująca się w pozycji „para" pierścienia benzenowego, nadaje tym związkom działanie przeciwpaciorkowcowe.

Czynnikiem działającym jest więc grupa sulfamidonowa, grupa zaś barwikowa stanowi jedynie balast barwiący mocz, skórę i śluzówki. W tym duchu poszły dalsze badania chemiczne, laboratoryjne i kliniczne. Po usunięciu z chlorowodorku sulfamidochryzoidyny (Prontosilu-Rubiazolu) grupy barwikowej, otrzymano związek zawierający jedynie czynnik działający tj. grupę sulfamidową (paramino-benzeno-sulfamid) o wzorze $C_6H_8N_2O_2S$.

Punkt wyjścia: Prontosil flavum, Rubiazol



Związek ten znany jest w Niemczech jako Prontosil album, u nas zaś wyprodukowany został przez laboratorium fabryki „GEO" w Warszawie jako *„Antistreptina"*.

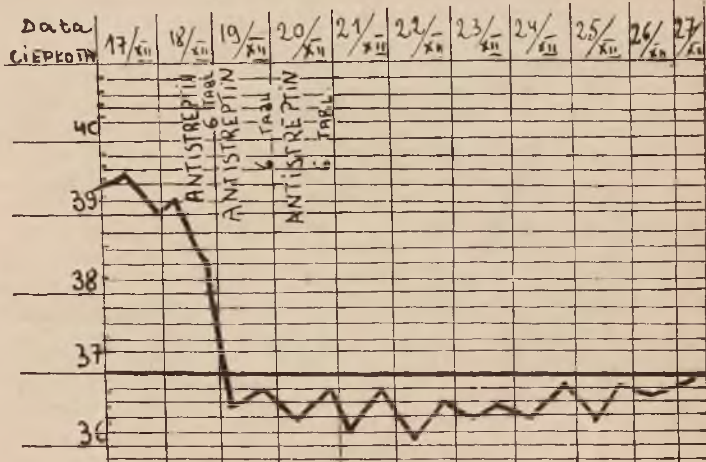
Nad tym wyodrębnionym związkiem (grupą sulfamidową) przeprowadzono badania laboratoryjne i kliniczne.

Badania te wykazały, iż działanie bakteriobójcze przeciwpaciorkowcowe jest nie mniejsze, niż w związkach zawierających dodatkową grupę barwikową azową.

Na czym polega istota działania grupy sulfamidowej na paciorkowce jest rzeczą dotychczas niewiadomą. Ponieważ działanie na paciorkowce *in vitro*, nie występuje a jedynie *in vivo*, przypuszczać należy, iż związek ten (na tkanki zwierzęce czy ludzkie) działa pośrednio i że działanie jego uczynniane jest przez układ siateczkowo-śródbłonkowy. Mając do dyspozycji preparat zawierający grupę sulfamidową wyrabianą u nas w kraju przez firmę „GEO" jako „Antistreptinę", postanowiliśmy wypróbować jego działanie w przypadkach róży.

Antistreptina (amid kwasu paramino-benzeno-sulfonowego) jest białym proszkiem krystalicznym, bez zapachu i smaku, produkowana jest w postaci tabletek, z których każda zawiera po 0,3 g kwasu paramino-benzeno-sulfonowego. Podobnie jak to robiliśmy przy próbowaniu Prontosilu, postanowiliśmy wypróbować działanie Antistreptiny w przypadkach możliwie najcięższych (róże twarzy, róże przyranne, róże jako powikłanie owrzodzeń).

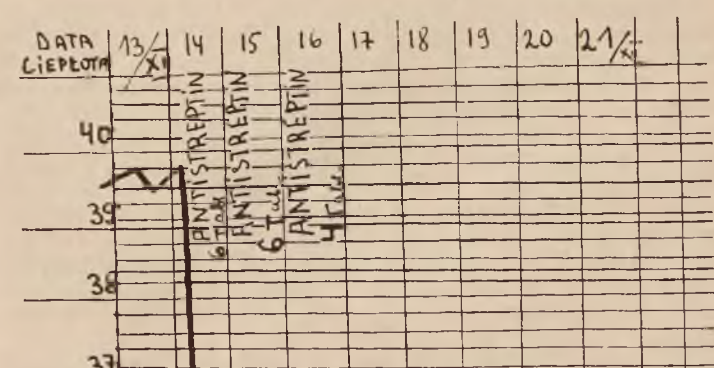
Przypadek I. Róża twarzy. Chora R. W., lat 22, przybyła na oddział zakaźny naszego szpitala dnia 17. XII. 1936 roku z rozpoznaniem: róża twarzy. Choruje od 5 dni, początek choroby wśród objawów wysokiej gorączki, dreszczy i zaczerwienienia twarzy. W chwili przybycia na oddział stan ogólny ciężki, ciepłota 39,5°, tętno 120 na min. słabo wypełnione i napięte. Skóra twarzy i obu małżowin usznych jednostajnie zaczerwieniona, obrzękła i napięta, poszczególne pęcherze surowicze na policzkach. Dnia 18 grudnia 1936 roku chora otrzymała 6 tabletek Antistreptiny. (Dalszy przebieg choroby przedstawia karta gorączkowa Nr 1). Dnia 19 i 20 grudnia 1936 r. otrzymała



Karta gorączkowa Nr 1.

po 6 tabletek Antistreptiny dziennie. Już nazajutrz po zażyciu preparatu ciepłota spadła do normy, zaczerwienienie twarzy zbladło; 22. XII. objawy róży ustąpiły całkowicie, wypisana zdrowa dnia 17 grudnia 1936 roku. Badanie moczu dnia 22. XII.: Ciężar gat. 1022, odczyn kwaśny, cukier nieobecny, białko 0.033°/₀₀. Osad: poszczególne leukocyty w polu widzenia.

Przypadek II. Róża jako powikłanie wrzodu podudzia prawego. Dnia 13. XII. 1936 roku przybył na oddział zakaźny chory

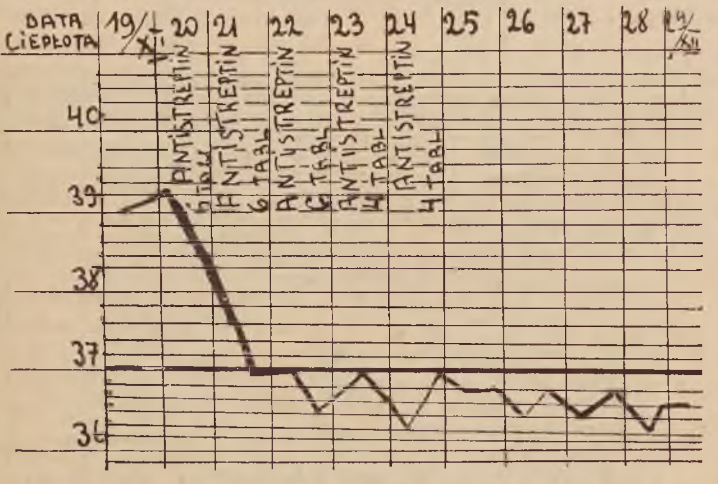


Karta gorączkowa Nr 2.

A. T., lat 60. Z wywiadów dowiadujemy się, iż chory od 5 lat cierpi na owrzodzenie podudzia lewego *(ulcus cruris)*, przed 6 dniami wysoko zagorączkował, brzegi owrzodzenia zaczerwieniły się, zaczerwienienie zajęło całe podudzie, ciepłota do 40°.

W chwili przybycia do szpitala stan ogólny dość ciężki, ciepłota 39,5°, tętno 100 na min., sinica kończyn i warg. Skóra: jednostajne zaczerwienienie i obrzęk stopy oraz podudzia prawego, aż poza staw kolanowy. W dolnej części podudzia kraterowate owrzodzenie wielkości monety pięciozłotowej, silnie sączące. Serce: tony głuche, płuca bez zmian. Dnia 14. XII. otrzymał 6 tabletek Antistreptiny i to samo 15. XII. 16. XII. otrzymał 4 tabletki. Jak widzimy z karty gorączkowej Nr 2 ciepłota już dnia 14. XII. spadła do normy. Dnia 16. XII. objawy róży ustąpiły, obrzęk cofnął się, zaczerwienienie zbladło. Dnia 18. XII. ciepłota normalna, owrzodzenie o dnie suchym, pokrywa się strupem. wypisany zdrów dnia 21. XII. 1936 roku.

Przypadek III. Róża twarzy jako powiklanie pooperacyjne. Dnia 19. XII. 1936 roku został skierowany na oddział zakaźny ze szpitala im. Prez. Mościckiego, chory A. W., lat 34, z rozpoznaniem: róża twarzy *(Status post mastoidectomiam).* Przed 12 dniami dokonano trepanacji wyrostka sutkowego prawego, przed dwoma dniami silnie zagorączkował, z brzegów rany pooperacyjnej zaczęło się szerzyć zaczerwienienie, które objęło twarz i szyję. W chwili przybycia na oddział ciepłota 39°, tętno



Karta gorączkowa Nr 3.

100 na min. Skóra twarzy, szyi, karku i obu małżowin usznych zaczerwieniona, obrzękła. Na uchu prawym duże żółte pęcherze, rana pooperacyjna silnie ropieje. Serce, płuca, jama brzuszna bez zmian. Dnia 20. XII. otrzymał 6 tabletek Antistreptiny (patrz karta gorączkowa Nr 3). 21. XII. i 22. XII. po 6 tabletek, 23. XII. i 24. XII. po 4 tabletki dziennie, objawy róży ustąpiły 23. XII. 26. XII. rana pooperacyjna bardzo mało ropieje, dnia 29. XII. wypisany z poleceniem opatrunków rany pooperacyjnej. Badanie moczu z dnia 22. XII.: ciężar gat. 1032, białko ślad, cukier nieobecny, odczyn dwuazowy +, osad: 6—8 leukocytów w polu widzenia.

Przypadek IV. Róża twarzy. Chora St. F., lat 40, przybyła na oddział dnia 24. XII. 1936 roku, zachorowała przed 5 dniami wśród gorączki, dreszczy i zaczerwienienia twarzy. W chwili przybycia do szpitala stan ogólny ciężki, ciepłota 39,6°, tętno 110 na min. Skóra: jednostajne zaczerwienienie twarzy, czoła i głowy aż do ciemienia, skóra napięta, bardzo bolesna. Serce: drugi ton nad tętnicą główną akcentowany, tony głuchawe. Ciśnienie krwi 190/130. Płuca: poszczególne furczenia i świsty. Dnia 24. XII. otrzymała 6 tabletek Antistreptiny, już nazajutrz ciepłota spadła do normy, objawy róży cofnęły się, otrzymała 25. XII. 6 tabletek, 26. XII. 4 tabletki. Wypisana dnia 2. I. 1937 r. zdrowa. Badanie moczu dnia 26. XII. 1936 r.: ciężar gat. 1025, białko i cukier nieobecne. Osad: poszczególne nabłonki i leukocyty w polu widzenia.

Przypadek V. Róża w przebiegu owrzodzenia podudzia lewego. Dnia 19. XII. 1936 roku przybył do naszego szpitala na oddział zakaźny chory J. M., lat 45. Od 4 lat cierpi na owrzodzenie podudzia lewego, przed 4 dniami silnie zagorączkował; ciepłota 39,5°, brzegi owrzodzenia zaczerwieniły się, zaczerwienienie zajęło całe podudzie lewe. W chwili przybycia do szpitala ciepłota 39°, skóra stopy i podudzia lewego jednostajnie zaczerwieniona, obrzękła i napięta, w połowie podudzia duże płaskie owrzodzenie sączące. Dnia 20. XII. otrzymał 6 tabletek Antistreptiny Następnie otrzymał 21. XII., 22. XII. i 23. XII. po 6 tabletek Antistreptiny a 24. XII. 3 tabletki. Dnia 23. XII. ciepłota spadła do normy, tegoż dnia objawy róży cofnęły się. Dnia 26. XII. objawy róży ustąpiły zupełnie, owrzodzenie o dnie suchym. Wypisany dnia 30. XII. 1936 r. Badanie moczu dnia 21. XII. i 24. XII.: ciężar gat. 1022, białko 0,16°/₀₀, osad: 3—5 leukocytów w polu widzenia; ciężar gat. 1016, białko nieobecne, osad 3—5 leukocytów w polu widzenia.

Przypadek VI. Róża podudzia przyranna. Chora F. S., lat 54. przybyła na oddział dnia 30. XII. 1936 roku. Przed 7 dniami, przechodząc ulicą, upadła i skaleczyła się w podudzie lewe, przed 4 dniami wysoko zagorączkowała a z brzegu ranki (jaką odniosła przy upadku) zaczęło się szerzyć zaczerwienienie, które objęło całe podudzie i stopę. W chwili przybycia na oddział stan bardzo ciężki, ciepłota 40,3°, duszność, sinica. Skóra uda, podudzia i stopy lewej obrzękła i jednostajnie zaczerwieniona, pod rzepką widoczna ranka tłuczona wielkości 4 cm. Serce: tony bardzo głuche, tętno 110 na min., słabo wypełnione i napięte. Płuca: oddech pęcherzykowy osłabiony. Wątroba wystaje na 2 palce. Dnia 30. XII. otrzymała 6 tabletek Antistreptiny. Dnia 31. XII. 1936 r. i 1. I. 1937 r. otrzymała po 6 tabletek Antistreptiny, dnia 2. I. 4 tabletki. Już nazajutrz po zażyciu tabletek ciepłota wynosiła 37,5°, objawy róży zaczęły się cofać i ustąpiły dnia 5. I., jedynie ranka ropiała do dnia 8. I. 1937 r. Wypisana zdrowa dnia 11. I. 1937 roku. Badanie moczu z dnia 2. I. 1937 r.: ciężar gatunkowy 1021, białka minimalny ślad, cukier nieobecny. Osad: 2—3 leukocytów w polu widzenia.

Przypadek VII. Róża twarzy. Chory M. B., lat 46, przybył do szpitala dnia 5. I. 1937 roku. W listopadzie 1936 r. chorował na różę twarzy, przed 3 dniami nagle zagorączkował. dostał dreszczy, na twarzy pojawiło się zaczerwienienie, szerzące się z nosa na policzki. W chwili przybycia ciepłota 39°, tętno 100 na min. zaczerwienienie i obrzęk obejmuje twarz, małżowiny uszne, czoło oraz szyję. Pęcherze żółtawe na policzkach. Serce i płuca bez zmian. Dnia 6. I. otrzymał 6 tabletek Antistreptiny, 7. I. i 8. I. po 3 tabletki. Już dnia 7. I. ciepłota opadła do normy, zaczerwienienie ustąpiło, obrzęk zmniejszył się, skóra zbladła. Wypisany dnia 11. I. 1937. Badanie moczu z dnia 7. I.: ciężar gat. 1010, białko, cukier nieobecne, osad: poszczególne nabłonki.

Przypadek VIII. Róża twarzy. Chory T. S., lat 30, przybył do szpitala dnia 5. I. 1937 r., zachorował przed 5 dniami wśród objawów gorączki, bólu głowy i zaczerwienienia twarzy. W chwili przybycia do szpitala ciepłota 39°, tętno 110 na min., stan ogólny ciężki. Skóra twarzy oraz części owłosionej głowy aż do potylicy obrzękła, zaczerwieniona, bolesna, napięta. Serce: podmuch skurczowy nad koniuszkiem, płuca: poszczególne furczenia. Nazajutrz dnia 6. I. gorączka 40,5°, tętno 120 na min., stan ogólny ciężki, wobec czego otrzymał 8 tabletek Antistreptiny. Dnia 8. I. otrzymał 6 tabletek a 9. I. również 6 tabletek Antistreptiny, objawy róży cofnęły się dnia 8. I. Dnia 12. I. wypisany zdrów. Badanie moczu z dnia 8. I.: ciężar gatunkowy 1017, białko nieobecne, cukier nieobecny, osad: 4—6 leukocytów w polu widzenia.

Jak widzimy z powyższych 8 przypadków, działanie grupy sulfamidowej (ściślej: kwasu para-amino-benzeno-sulfonowego tj. Antistreptiny) bynajmniej nie ustępuje działaniu związków zawierających prócz grupy sulfamidowej jeszcze barwiki azowe np. Prontosilu. Zgodne to jest z wyżej podanymi spostrzeżeniami autorów francuskich, którzy barwik azowy uważają za balast, *a czynnikiem działającym mianują grupę sulfamidową.* Antistreptina we wszystkich 8 przypadkach wybitnie skracała czas choroby, powodowała nagłą obniżkę ciepłoty (bez zapaści), cofanie się miejscowych zmian skórnych już na 2—3 dzień po zażyciu. Żadnych objawów działania ubocznego na nerki, serce, płuca stwierdzić się nie dało. Tak więc działanie „Antistreptiny" (grupy sulfamidowej), działającej swoiście przeciwko paciorkowcom, nie podlega przy róży żadnym wątpliwościom.

Piśmiennictwo:

1) Henry Bloch-Michel, M. Conte i P. Durel: Presse Méd. 82. 1936. — 2) Jamhauser: Med. Klin. 9. 1935. — 3) Klee i Romer: Dtsch. Med. Woch. 7. 1935. — 4) I. Landau: Warsz. Czas. Lek. 31—32. 1936. — 5) Raubitschek: Med. Klin. 18. 1936. — 6) Gmelin: Münch Med. Woch. 6. 1935. — 7) Püschel: Fortschr. Ter. 2, 1935. — 8) Colebrook i Kenny: Lancet. 1936. — 9) Hayashi i Arki: Tokio. 2968. 1936. — 10) J. Lampert: Zbl. Chirurg. 50. 1935. — 11) Domagk: Klin. Woch. 44. 1936. — 12) Meyer-Heyne i Pierre Huguenin: Presse Méd. 23. 1936. — 13) Schreuss: Dtsch. Med. Wschr. 7. 1935. — 14) Kramer: Münch. Med. Wschr. 15 1936. — 15) J. Gotlib: P. G. L. Nr 9. 1937.

BIBLIOGRAFIA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr 9. 1937. Endelman Z. i Pines I.: O częstoskurczu napadowym podczas ciąży i porodu. — Hrynkiewicz St.: Izoaglutyniny a zagadnienie przepuszczalności opon mózgowo-rdzeniowych. — Holcberg B.: Przypadek żółtaczki karotynowej (xanthosis diabetica). — Szymanowski Z.: W sprawie zdrowia ludności wiejskiej.

Lekarz Wojskowy. T. XXIX. Nr 2. 1937. Kucharski T. i Makowski J.: Badania wpływu dożylnego stosowania zawiesiny węgla aktywowanego na ustrój zwierzęcy i ludzki. — Bortkiewicz-Rodziewiczowa J., Marynowski Zb. i Rodziewicz K.: Czynniki meteorologiczne w salach z „powietrzem górskim" Szpitala Obozu Warownego Wilno (dok.). — Zaleski F.: Organizacja przetaczania krwi w szpitalach wojskowych.

Nowiny Społeczno-Lekarskie. Nr 4. 1937. Landau H.: O umowach z ubezpieczalniami społecznymi. — Łazarowicz K.: Na jakich zasadach powinna się opierać organizacja pomocy lekarskiej dla całej ludności.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr 10. 1937.

Therapia Nova. Nr 2. 1937. Kunicki Wł.: Opotonina jako lek skrzepiający. — Rosenkranc D.: O niewydolności wieńcowej.

Doraźna Pomoc Lekarska. Nr 1—2. 1937. Mąkowski J.: Zatrucie grzybami i jego leczenie.

Polskie Zioła. Nr 2. 1937.

OCENY.

Jeszcze o medycynie biologicznej. Hippokrates, Zeitschrift für praktische Heilkunde, Organ für die Einheitsbestrebungen in der Medizin, rocznik VII, zeszyt 1—6, str. 1—196, 8⁰. 1936. — *Hippokrates, Wochenschrift für biologische Medizin in Theorie und Praxis, Organ für die Einheitsbestrebungen in der Medizin, Zeitschrift der Reichsarbeitsgemeinschaft für eine neue deutsche Heilkunde,* rocznik VII, zesz. 7—46, str. 197—1244, 4⁰, 1936.

Gdybym był złośliwy, rozpocząłbym niniejsze moje sprawozdanie od następującego motta porównawczego: Jaka jest różnica między homeopatią a medycyną biologiczną? Odpowiedź: Taka sama, jak między zasadą homeopatyczną *similia similibus curantur,* a przysłowiem *similis simili gaudet.*

Od początku istnienia czasopisma „Hippokrates" śledzę rok rocznie na łamach P. G. L. za biegiem przemian, jakim czasopismo to podlega. Przemiany te wyrażają się rozmaicie. Skład osobowy redakcji ulegał przeobrażeniom, nagłówki czasopisma, częstość ukazywania się. Ostatnio nawet format. Już od dawna wskazywałem na to, że coraz bardziej wzrastają wpływy sekciarstwa lekarskiego. Przemiany ostatniego roku określić trzeba jako walne i zdaje się ostateczne zwycięstwo tych żywiołów nad umiarkowaniem, które reprezentował zmarły tamtego roku Liek. Liek przed śmiercią nie ukrywał na łamach „Hippokratesa" niepokoju, jaki go ogarniał na widok tego, co się święci pod płaszczykiem medycyny biologicznej. Z pierwotnych dążeń ku jedności, dążeń syntetycznych, rozsądnych, głębokich, budzących powszechne uznanie, dążeń ze wszech miar słusznych, wytworzyła się właśnie dwoistość, wytworzył się drugi obóz, jakoby druga medycyna, medycyna konkurencyjna. Dążenia syntetyczne ku jedności miały wszak na celu zatrzeć odwieczną dwoistość, jaka zachodziła między medycyną oficjalną, naukową, uniwersytecką, szkolną, a medycyną ludową, partacką, znachorską. Bojownicy takiej syntezy wskazywali na niewątpliwe wartości, tkwiące w owym lecznictwie nieoficjalnym. Wyniki lecznicze — owa racja bytu lekarzy i medycyny w ogóle, a zarazem jedyny cel poddawania się leczeniu chorych całego świata i wszystkich wieków — te wyniki lecznicze mieli i mają znachorzy. Medycyna biologiczna (nie można się przyzwyczaić do tej dziwnej nazwy) miała właśnie na celu wydobyć te istotne wartości z medycyny nieoficjalnej i wcielić je do skarbca wszechumiejętności lekarskiej. Przepaść między medycyną szkolną i znachorstwem czy partactwem czy też sekciarstwem miała w ten sposób zniknąć.

Piękne te zamierzenia, trzeba dziś otwarcie powiedzieć, nie udały się. Błąd tkwił w zarodku. Partaczy i sekciarzy należało od samego początku traktować jako takich. Błędem było to, iż szukano z nimi wspólnej płaszczyzny, że bratano się z nimi, jak z równymi. Ponieważ przygniatająca większość przedstawicieli szkolnej medycyny nie interesowała się tym ruchem, zachowując w najlepszym razie stanowisko wyczekujące i bierne, przeto całą niemal inicjatywę owego zbratania wzięli na siebie sekciarze, zmajoryzowali naukową mniejszość, odebrali jej wpływ, opanowali organ owej syntezy „Hippokratesa", wyparli zeń lub odstraszyli odeń ludzi sprzyjających zasadniczo temu ruchowi, lecz nie w tej zwyrodniałej, skarlałej, spaczonej postaci. Wynikiem tego stanu rzeczy było pogłębienie się przepaści, która wszak miała ulec zatarciu. Sekciarstwo zyskało na tym zbrataniu, gdyż przyoblekło się w szaty niby to naukowe. Na niektórych uniwersytetach utworzono nawet katedry medycyny biologicznej. Inicjatorzy tak pojętej syntezy, którzy dawniej nazywali się po prostu homeopaci, przybrali obecnie tytuły profesorów; trudno zresztą dociec, czy są oni naprawdę profesorami medycyny biologicznej albo homeopatii, czy też jakichś innych przedmiotów.

Szukając dzisiaj przyczyn zła i krytykując błędy popełnione na początku, podobni jesteśmy do żony owego kupca, o którym mawiano, iż gdyby był taki mądry przed interesem, jak jego żona po interesie, to nie byłby zbankrutował. Jakżeż cały ten ruch syntetyczny powinien był być postawiony, aby naprawdę znikła przepaść między medycyną szkolną i partactwem lekarskim? Wyłączna inicjatywa całego ruchu powinna była spoczywać w ręku uniwersytetów. One to powinny były rozpocząć systematyczne badania kliniczne i inne zasobów leczniczych i metod, używanych przez sekty lekarskie i stosowanych przez medycynę ludową. Nie jakaś specjalna katedra powinna była być powołana do tego. Niektórzy przypuszczali, że można by np. przekazać te studia katedrom historii medycyny. Nie. Jako historyk medycyny powiadam: nie. Historyk śledzi z największym zajęciem za przejawami lecznictwa ludowego, interesuje go żywo sekciarstwo lekarskie, jednakże zainteresowanie jego jest zawsze natury humanistycznej, a nigdy kliniczno-przyrodniczej. Gdyby bowiem historyk medycyny podchodził do tych zagadnień z innego stanowiska niż humanistyczne, to z tą chwilą nie byłby już historykiem lecz klinicystą. Nie jedna katedra, a już w każdym razie nie katedra historii medycyny, była powołana do takich zadań, lecz wszystkie kliniki. Sprawę należało rozpocząć od propagandy, która by rozniecila zainteresowanie arkanami lecznictwa ludowego i partackiego, która by skłoniła klinicystów do klinicznego przebadania leków i metod, używanych przez sekty lekarskie, która by w ruch wprawiła całą aparaturę nowoczesnej medycyny jako nauki, wszystko ku jednemu, ku docieczeniu zagadki wyników leczniczych, jakimi chlubią się partacze. Dopiero na podstawie takich specjalnych, klinicznych badań można by ustalić, które leki i metody mają wartość istotną, a które wyniki lecznicze polegają jedynie na wpływie czynników psychicznych. To ostatnie odkrycie już samo przez się wzbogaciłoby zasoby lecznictwa oficjalnego, cierpiącego — jak to dobrze wiemy — na niedocenianie roli czynników psychicznych w lecznictwie. Odkrycie to wpłynęłoby ożywczo na drzemiącą na naszych uniwersytetach myśl psychoterapeutyczną.

Gdyby owe dość mgliście formułowane dążenia jednościowe w medycynie przybrały były od samego początku taką postać, na pewno inaczej wyglądałaby dziś medycyna biologiczna. Nie potrzebowałaby ona szukać ochrony bagnetów partyjnych, zbędna byłaby dla niej, niepotrzebna i zawstydzająca marka jakoby prorządowości — bo cóż innego ma właściwie znaczyć ten termin: *Reichsarbeitsgemeinschaft für eine neue deutsche Heilkunde?* Medycyna biologiczna zdobyła w Niemczech monopol na patriotyzm, na niemieckość. Tylko medycyna biologiczna jest naprawdę niemiecka. Myśli przewodnie medycyny biologicznej zostały uznane z urzędu za trafne. Kto by śmiał w nie wątpić, mógłby się narazić władzom. Dlatego to pozwoliłem sobie powiedzieć, że medycyna biologiczna w Niemczech jest chroniona bagnetami. Stąd płynie jej siła moralna. Natomiast siły pieniężne płyną z kas wytwórni leków biologicznych.

Nie potrzeba już szerzej się rozwodzić nad tym, iż w tych warunkach nie ma mowy o urzeczywistnieniu dążeń jednościowych. Wprawdzie w rozmaitych dziedzinach nauki niemieckiej widać wyraźne korzenie się przed autorytetem hitleryzmu, jednakże nie do pomyślenia jest, by np. niemiecka medycyna mogła się pogodzić jako całość z myślą, iż jest stekiem dogmatycznych niedorzeczności, że jej założenia są błędne, metody wsteczne, leki jej szkodliwe dla zdrowia, a przedstawiciele jej ślepi, bezmyślni, trwający w zgubnym uporze, nierozsądni. Weźmy jako przykład farmakologię. Medycyna biologiczna stworzyła zupełnie nową farmakologię, opartą rzekomo na zupełnie innych zasadach i przesłankach, przeciwstawioną zdecydowanie farmakologii klasycznej czy oficjalnej. *Similia similibus,* dawki homeopatyczne tzn. znikome, jakieś szczególne kombinacje leków, zgod-

ność z naturą itp. — to są te rewolucyjne hasła, na których opiera się medycyna biologiczna. Znaczy to, że farmakologia, która nie uznaje tych haseł, dla której doświadczenie, eksperyment kliniczny itd. więcej znaczą niż aprioryczne *principia*, farmakologia, która nawet uznaje w niektórych wypadkach słuszność takich zasad, ale nie we wszystkich, która nie uogólnia tak fanatycznie, która zresztą przeważnie nie umie nawet znaleźć odpowiedniego *simile* w rozmaitych cierpieniach — jakżeż to np.: morfinizm leczyć małymi dawkami morfiny, czy niedokrwistość po krwotoku upustami krwi, czy też kiłę podawaniem w jakiejś postaci krętków bladych? — znaczy to więc, że farmakologia, niekoniecznie wroga wobec medycyny biologicznej, ale od niej niezależna, winna być przekreślona i wygnana z programów studiów lekarskich. W jej miejsce miałaby chyba wkroczyć nowa farmakologia biologiczna.

Większość artykułów „Hippokratesa", zwłaszcza tych, które mają charakter programatyczny, które kreślą nowe drogi — stanowi odzwierciedlenie haseł i nastrojów, przepełniających życie wewnętrzno-polityczne Niemiec narodowo-socjalistycznych. Jeden z autorów, który zresztą na uboczu zaleca przyrodolecznictwo, gdyż do takiej właśnie sekty należy, wytycza te nowe drogi zupełnie, jak gdyby naśladował niemieckie Ministerstwo Propagandy. Iść między lud, zdobyć zaufanie narodu, lud z nami, my z ludem, nie ma lecznictwa bez niemieckiego ludu — artykuł napełniony jest powyżej brzegu takimi hasłami. Praktycznie autor wyobraża sobie zadania nowej medycyny niemieckiej w ten sposób, iż należało by tworzyć liczne kadry mówców lekarskich, którzy nieśliby słowo między lud. Propaganda na olbrzymią skalę, urągowisko z medycyny szkolnej, uniwersyteckiej, krytyka lekarzy.

Z ideologii L i e k a, z naturalnego pędu do reform, do usunięcia licznych bolączek zawodu lekarskiego, z wysiłków zmierzających do złagodzenia wybujałości dogmatyzmu w medycynie, zaniedbania roli czynników psychicznych, zurzędniczenia stanu lekarskiego itd. — z wszystkich tych zdrowych dążności regeneracyjnych wytworzyła się w Niemczech olbrzymia, niezrozumiała dla innych narodów, nieprawdopodobna w swym fanatyzmie i ogromie wciągniętych w grę afektów ruchawka polityczno-społeczna. Medycyna sama zdaje się tu być pozorem tylko, narzędziem czy płaszczykiem. Propaganda narodowo-socjalistyczna nie pominęła jednej dziedziny życia państwowego, narodowego, społecznego, by nie wnieść tam pierwiastka propagandowego. Propaganda ta jakby miała na celu wyłącznie trzymać w najwyższym napięciu afektywnym masy narodu. Najpopularniejsze hasła, najjaskrawsze uderzenia agitacyjne, najmocniejsze wstrząsy emocjonalne, akty terroru, przesunięcia gospodarczo-społeczne, plany reform, polemiki, wystąpienia wojownicze — wszystkie te chwyty propagandowe zdają się mieć na celu zjednoczenie afektywne wszystkich Niemców tak, by tworzyli jedną zwartą, solidarną, potężną i olbrzymią masę. Tłumem ogarniętym takimi masowo rozkołysanymi afektami można rządzić. Nie rozumielibyśmy zjawisk rozgrywających się w niemieckiej medycynie, gdybyśmy właśnie oto nie wzięli pod uwagę faktu, iż to co się w tej dziedzinie dzieje, to bynajmniej nie jest wynikiem prądów i przeobrażeń wewnątrzustrojowych w łonie medycyny, lecz oddźwiękiem kolosalnych przemian, jakie przechodzi cały organizm państwowo-narodowy nowoczesnych Niemiec.

Jeżeli się stanie na tym stanowisku, to na próżno by się szukało motywów logicznych, uzasadnień rozumowych, przesłanek racjonalnych dla wytłumaczenia „nowego niemieckiego lecznictwa". Mistycyzm i fanatyzm miotające masami narodu niemieckiego wdarły się i do medycyny i zamroczyły umysły wielu lekarzy niemieckich. Jedyne motywy tych prądów są natury afektywnej. Wszystko inne — to racjonalizacje *ex post*. Niektórych działaczy propagujących nową medycynę niemiecką ogarnęła jakaś jakby polipraksja oderwana od treści. Ci ludzie coś wielkiego chcą czynić. Iść między lud, wołać o nawrócenie, budzić rzekomo uśpionego ducha, potrząsać sumieniami — ale poco to wszystko? Aby stworzyć nową medycynę, aby wyjść z zastoju, aby otrząsnąć się. Ale o co właściwie chodzi? O wszystko, o rzeczy wielkie, o udział ludu w lecznictwie, o solidarność ludu z lekarzami... i tak w kółko. Ten propaguje homeopatię, tamten przyrodolecznictwo, ów medycynę ludową, inny wszystko razem pod nazwą medycyny biologicznej; jeden obala medycynę szkolną, drugi wytycza nowe drogi, trzeci ciska gromy na „starą medycynę" wzywając do tworzenia „nowej medycyny", dziesiąty żąda właśnie nawrotu do starej medycyny, gardząc tym co nowe. Ogólniki i hasła w zawrotnym tempie się sypią.

A wśród tego wszystkiego reklama i chciwość zysku odchodzą aż miło. Są tacy, którzy z ogólnego zamętu wynoszą niewątpliwe korzyści. Nie zapominajmy, że olbrzymia ta propaganda medycyny biologicznej, poparta w dodatku przez państwo, a w każdym razie umiejętnie wiązana z ideologią narodowo-socjalistyczną, przy nieustających atakach na medycynę szkolną, że propaganda ta robi swoje, tj. napędza masy chorych w ręce przedstawicieli medycyny biologicznej. Motywy ideologiczne brzmią pięknie, ale pobudki materialne też nie są pozbawione uroku. Wytwórnie leków homeopatycznych prosperują oczywiście najlepiej. Poznać to po tym, iż ilość ich narasta z niebywałą szybkością. A wszystkie takie reklamy uderzają w motywy lecznictwa biologicznego. Czy to miał być cel zbratania się medycyny szkolnej z sekciarstwem?

Wyrazem zewnętrznym rozkwitu i powodzenia jest rozszerzenie formatu czasopisma i jego zmiana z miesięcznika, a ostatnio dwutygodnika na tygodnik. Referowanie poszczególnych artykułów uważam za zbędne. Utrzymane są one w tym duchu i na tym poziomie, co artykuły w pewnym polskim czasopiśmie, poświęconym medycynie biologicznej, a wydawanym przez firmę Madaus. Słuszne częstokroć uwagi i trafne spostrzeżenia idą niestety na marne, gdy pojawiają się pod firmą jakiejś medycyny biologicznej lub w ogóle gdy się z nich czyni taran do odbijania chorych medycynie szkolnej. Jeżeli np. zastrzyki treści pęcherzy pokantarydowych okazują się skuteczne przeciwko błonicy, to z faktu tego (i tysiąca podobnych) nie ma powodu robić broni przeciw medycynie szkolnej. Metody te i inne nie są ani biologiczne, ani szkolne, ani nowe ani stare, tylko po prostu... skuteczne.

Doc. Dr Tadeusz Bilikiewicz (Kocborowo).

Metody sztucznego oddychania. D. CORDIER. Wyd. Masson. Paris.

W części ogólnej podano teoretyczne podstawy sztucznego oddychania, w szczegółowej omówiono technikę poszczególnych metod, ilustrując je odpowiednimi rycinami. Na końcu broszury zestawiono wskazania do stosowania poszczególnych metod.

E. Michałowski (Lwów).

Cukrzyca i chirurgia (Wykłady z chirurgii praktycznej). A. W. FISCHER. Wyd. Ferd. Enke, Stuttgart.

W przebiegu cukrzycy powikłania chirurgiczne są nader częste.

Chorzy tacy wymagają przed zabiegiem należytego przygotowania oraz odpowiedniego leczenia pooperacyjnego. Również wskazania operacyjne u chorych cukrzycowych są nieco odmienne niż u innych chorych.

Tym właśnie zagadnieniom poświęca autor krótką książeczkę (34 str.), w której omówiono również zaburzenia przemiany materii przy cukrzycy, rozpoznanie, wreszcie próby operacyjnego leczenia cukrzycy. *E. Michałowski* (Lwów).

L'ostéosynthèse au point de vue biologique (Szew kostny w oświetleniu biologicznym). G. MENEGAUX i D. ODIETTE. Masson et Cie. Paris 1936.

Każdemu chirurgowi z własnego doświadczenia znane są częste niepowodzenia szwu kostnego, których przyczyny nie można kłaść na karb zabiegu operacyjnego lub też innych znanych czynników szkodliwych (zaburzenia wewnątrzwydzielnicze, zakażenie rany itp.).

Wielką zasługą autorów jest zwrócenie uwagi, że przyczyną tych niepowodzeń może być niejednokrotnie rodzaj zastosowanego metalu, a mianowicie jego szkodliwy wpływ na czynności biologiczne komórek, odgrywających w procesie tworzenia zrostu kostnego główną rolę. Wpływ ten można najlepiej obserwować w hodowli tych komórek *„in vitro"*, a więc poza ustrojem; stąd też autorowie użyli dla swoich badań z jednej strony hodowli tkanek sposobem Carrela *(en vie normale)*, która pozwala na obserwacje wpływu metali na wzrost i mnożenie się komórek, z drugiej strony metody Fischera *(en vie ralentie)*, która umożliwia śledzenie ich wpływu na własności swoiste komórek kostnych, tj. przyswajanie i odkładanie soli mineralnych.

Doświadczenia, polegające na umieszczeniu krążka odpowiedniego metalu, grubości 0.25 mm, i średnicy 1.5 mm, w hodowli tkanek wykazały, że metale (żelazo, bronz-aluminium, miedź, magnez i ich stopy) używane powszechnie do szwu kostnego, wywierają wpływ hamujący na wzrost hodowli fibroblastów i osteoblastów oraz działają ujemnie na prawidłowe przyswajanie soli mineralnych przez te komórki.

Jedynie złoto, ołów oraz stal nierdzewiejąca zachowują się w hodowlach tych komórek jako ciała obojętne.

Wyniki, uzyskane w hodowli tkanek, zostały potwierdzone w doświadczeniach na zwierzętach, u których zakładanie szwu kostnego z metalu, okazującego wpływ toksyczny *„in vitro"*, powodowało brak lub opóźnienie zrostu kostnego.

Badania autorów, wyczerpujące pod względem ilości badanych metali i ich stopów (43) oraz liczby przeprowadzonych doświadczeń (2.000 hodowli tkanek i 100 doświadczeń na zwierzętach) mają doniosłe znaczenie praktyczne w wyborze odpowiedniego rodzaju metalu i rzucają nowe światło na ciągle jeszcze żywotne zagadnienie szwu kostnego; stąd też z książką tą powinien zapoznać się każdy chirurg.

Książka starannie wydana, zawiera liczne i pięknie wykonane mikrofotografie hodowli tkanek.

W. Bross (Lwów).

Kalendarz bezpieczeństwa i higieny pracy na rok 1937. Wydawnictwo Instytutu Spraw Społecznych (I. S. S.) w Warszawie z subwencji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Str. 96. Warszawa, 1936.

W kalendarzu przeznaczonym dla przemysłowców, inżynierów, lekarzy, majstrów, wykwalifikowanych robotników, kierowników warsztatów w szkołach zawodowych, uczniów tychże szkół, harcerzy zdobywających tzw. „sprawności zawodowe" i in., a dotyczącym, jak mówi jego nazwa, bezpieczeństwa i higieny pracy, podano w sposób krótki a przystępny dla każdego wiele wiadomości z tego zakresu. Po uzasadnieniu walki z wypadkami przy pracy znajdujemy w tym zajmującym kalendarzu dane statystyczne, odnoszące się do wypadków przy pracy w Polsce ze szczególnym uwzględnieniem ważniejszych gałęzi pracy. Dalej mamy interesujące artykuły popularno-naukowe dra Wł. Missiuro i W. Ivánka-Prażmowskiej (o artykułach tych osobno) oraz szeroki dział informacyjny. Kalendarzyk wydany bardzo starannie, jego strona graficzna wyjątkowo dobra.

Z. Bieliński (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologia.

Zwyczajne i nasilone upuszczanie płynu mózgowo-rdzeniowego. (Doświadczenia i zastosowanie kliniczne). RISER i PLANQUES. Ann. de méd. T. 40. Nr 4. 1936.

Cały szereg badaczy amerykańskich z Kubie na czele usiłowało zastosować nasilone drenowanie kanału kręgowego w leczeniu rozsianych spraw w mózgu tak ostrych, jak podostrych i przewlekłych. Mechanizm działania tłumaczyli wypływaniem płynu śródtkankowego z miąższu mózgu, wraz z produktami rozpadu i ciałami toksycznymi, wskutek znacznie wzmożonego ciśnienia przez nawodnienie mózgu. Wykonali liczne doświadczenia na psach uśpionych morfiną z somnifenem i doszli do następujących wniosków:

1) Podczas zwyczajnego całkowitego opróżniania komór mózgowych (przez igłę wbitą dolędźwiowo lub pod potylicę) stwierdza się w 3—4 godz. wzrost ciał białkowych i leukocytów w płynie, ciśnienie tętnicze początkowo obniża się znacznie o 2—3 mm Hg później wraca do normy, domięśniowe wstrzykiwanie histaminy i acetylocholiny nie wpływa na szybkość wypływania płynu.

2) Nasilone upuszczanie płynu uzyskiwano przez równoczesne podanie dożylnie hipotonicznego roztworu NaCl 3,5‰. Ilość płynu wytwarzanego przez sploty naczyniowe podwajała się lub potrajała.

3) Przepuszczalność opon dla błękitu i fuchsyny nie zmieniła się w żadnym wypadku.

Doświadczenia własne autorów na 29 psach potwierdziły powyższe, jednakowoż zastosowanie kliniczne chybiło celu. Wzmożone wydzielanie płynu mózgowo-rdzeniowego po podaniu hipotonicznego roztworu NaCl okazało się li tylko wynikiem wzmożonego wydzielania splotów naczyniowych, natomiast nie powodowało zupełnie wypływania płynu śródtkankowego z miąższu

Wyniki leczenia tą metodą okazały się przeto raczej ujemnymi.

Z. Webersfeld (Lwów).

Wyniki wszczepienia przysadki w 24 przypadkach. E. KYLIN. Kl. W. 48. Str. 1756. 1936.

Autor przedstawia treściwie swe wyniki wszczepiania przysadki cielęcej w 23 przypadkach choroby Simmondsa i 1 przypadku otyłości typu Fröhlicha. Uzyskane wyniki są bardzo dobre, poprawa zaczyna się przeciętnie w 4 miesiące po zabiegu, pozwalając niekiedy oceniać wynik jako całkowite wyleczenie (czas obserwacji do 3 lat). W 2 przypadkach z korzystnym wynikiem zabiegu nastąpiło zejście śmiertelne wskutek schorzeń przygodnych, a sekcyjne badanie przysadki wykazało zanik komórek zasadochłonnych. Nowością wprowadzoną przez autora jest wszczepianie przysadki pociętej na bardzo drobne cząstki, co zdaniem autora ma ułatwiać wygojenie się implantatu.

B. Petryński (Lwów).

Działanie rauwolfiny na serce. S. de BOER. Bulletin de l'Académie de Médecine de Roumanie. T. II. Nr 5.

Rauwolfina jest alkaloidem otrzymywanym z *Raulwolfia serpentia.* Dawka toksyczna wywołuje w doświadczeniu na sercu żaby: 1) zwolnienie akcji serca, 2) przedłużenie okresu niepobudliwości komór, 3) zdwojenie rytmu sercowego *(bigeminia),* 4) zwolnienie przewodnictwa podniet. Zatrucie to wykazuje znaczne podobieństwo do zatrucia naparstnicowego.

Rawicz (Warszawa).

Podział schorzeń mięśnia sercowego. G. N. MARTINES. Bulletin de l'Académie de Médecine de Roumanie. T. II. Nr 5.

Opierając się na histologii, klinice i etiologii proponuje autor następującą klasyfikację schorzeń mięśnia sercowego: 1) myokardoza czyli zmiany zwyrodnieniowe, 2) myokardyt, gdy zmianom miąższowym towarzyszą zmiany w podścielisku, 3) myofibroza wywołana rozciągnięciem włókien przy nadciśnieniu, 4) kardioskleroza wywołana uszkodzeniem krążenia wieńcowego.

Rawicz (Warszawa).

Zmiany w przemianie organicznych związków siarkowych pod wpływem podawania wód siarczanych. NICULESCI i C. BARBILIAN. Bulletin de l'Académie de Médecine de Roumanie. T. II. Nr 5.

Wody siarczane powodują wzrost poziomu glutationu we krwi. Wzrost ten jest wyraźniejszy u kobiet niż u mężczyzn. Zważywszy dużą zawartość glutationu w gruczołach wewnętrznego wydzielania, tłumaczy częściowo ogólne pobudzające działanie wód siarczanych.

Rawicz (Warszawa).

Inne badania nad roztworem podchloranu sodowego „Ozonogen Jacobovici — Panfil". CH. PANFIL i E. BINDER. Bulletin de l'Académie de Médecine de Roumanie. T. II. Nr 5.

Rawicz (Warszawa).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Splenomegalia kryptoerytroblastyczna. P. EMILE-WEIL, P. ISCH-WEIL, S. PERLES i SCEMMAMA. Ann. de méd. T. 40. Nr 3. 1936.

Autorzy przedstawiają cztery przypadki erytroblastozy z bardzo dużą śledzioną i wątrobą, z których w dwóch przypadkach stwierdzono czerwienicę, w dwóch zaś niedokrwistość. Obrazy krwi we wszystkich tych przypadkach nie różniły się jakościowo. Ciałka czerwone były nierównej wielkości (od 5—11 μ), nierówno się barwiące, wielokształtne, z charakterystycznymi ciałkami owalnymi i elipsowatymi, o zmniejszonej odporności. Ciałka białe w liczbie większej, lub mniejszej od normalnej, z dużą ilością ciałek wielojądrzastych, oraz pewną ilością młodych postaci szpikowych. Przy nakłuciu śledziony stwierdzono natomiast dużą ilość młodych postaci ciałek czerwonych, pomimo braku ich we krwi. To samo stwierdzono przy nakłuciu wątroby. Natomiast przy badaniu szpiku kostnego nie stwierdzono w nim tych zmian, jakie występują w przebiegu niedokrwistości typu Biermera, lub białaczki szpikowej. We wszystkich przypadkach śledziona była odporna na działanie promieni Roentgena, przeciwnie, jak w białaczce szpikowej, natomiast jedynie całkowite wycięcie śledziony może mieć wpływ na dalszy przebieg choroby z tym, że czynność zastępczą pełni całkowicie wątroba.

Z. Webersfeld (Lwów).

Przyczynek do zagadnienia agranulocytozy po piramidonie. W. RÜTHER. Kl. W. Nr 51. Str. 1881. 1936.

Autor zbija twierdzenie Tillicha, że w piśmiennictwie niemieckim brak doniesień o tego rodzaju przypadkach i przytacza 3 spostrzeżenia własne: 1) mężczyzna 58-letni z przewlekłym zniekształcającym gośćcem, który przez 2 lata zażywał piramidon w dawce dziennej 2 g, znosząc ten lek dobrze, po czym nagle rozwinęły się objawy agranulocytozy z typowym obrazem krwi i rozległą martwicą migdałków. Zejście śmiertelne po 4 dniach mimo przetaczania krwi; 2) mężczyzna 42-letni, który z powodu zapalenia zatoki czołowej zażywał 3 razy dziennie po 0,3 piramidonu przez 9 dni, po których rozwinęły się typowe zmiany w jamie ustnej i pojawił się typowy dla agranulocytozy obraz krwi. Po 2 przetoczeniach krwi i 10 wstrzyknięciach Nukleotratu trwała poprawa (czas obserwacji 1 rok); 3) kobieta lat

65, z powodu „klimakterycznych" bólów głowy zażywała około 0,4 piramidonu przez 3 miesiące, co łagodziło bóle głowy, lecz powodowało stopniowe ogólne osłabienie i bóle przy połykaniu — po zastosowaniu piramidonu 3 razy dziennie po 0,3 g przez 5 dni pojawiły się rozległe owrzodzenia martwicze na migdałkach i typowe zmiany w obrazie krwi, mimo dwukrotnego przetoczenia krwi i dużych dawek wyciągów wątroby zejście śmiertelne po 3 dniach. Opisane przypadki zdają się wykazywać zależność zmian we krwi i na migdałkach od piramidonu, stąd wskazanie do kontroli obrazu krwi w przypadkach dłuższego stosowania piramidonu i badania krwi przed zastosowaniem piramidonu w przypadkach anginy. Mała ilość takich przypadków przy dużym rozpowszechnieniu piramidonu świadczy o idiosynkratycznej osobniczej wrażliwości na ten lek.

B. Petryński (Lwów).

W sprawie agranulocytozy po środkach leczniczych. E. BOEYER. Kl. W. Nr 52. Str. 1914. 1936.

Opisuje przypadek: Kobieta 27-letnia, w 9 lat po stosowaniu piramidonu przez 7 tygodni (wysokość stosowanych dawek nieznana), rozwija się obraz nadwrażliwości na piramidon, której objawy występują nagle w postaci znacznego spadku granulocytów, dreszczy, gorączki i objawów skazy krwotocznej. Autor spostrzegał kilkakrotnie te objawy, raz nawet sam je wywołał, za każdym razem stwierdzał samoistną poprawę. Istotą w przypadku tym jest pierwotna „słabość utkania leukoblastów"; dawniej stosowany piramidon spowodował uczulenie, a później stosowany piramidon posiada znaczenie czynnika raczej wywołującego, niż przyczynowego, całość zaś obrazu przypomina wstrząs anafilaktyczny, o czym świadczy możność wywoływania spadku leukocytów już małymi dawkami piramidonu, przy czym miejscem reakcji anafilaktycznej jest nie tylko szpik, lecz też krew obwodowa (wstrząs „leukoklazyczny" i szpikowy).

B. Petryński (Lwów).

Wyniki badań radiologicznych w nowotworach nerek. A. ELEKTOROWICZ. Medycyna. Nr 1. 1937.

Autor w omówieniu szeregu metod badania, prowadzących do zorientowania się co do położenia guzów, oraz zmian wywołanych przez nie w nerkach, przypisuje większe znaczenie pyelografii odpęcherzowej, jako dokładniejszej w porównaniu z urografią; należy ją ograniczyć jedynie do przypadków, w których zastosowanie pierwszej jest niemożliwe. Z badań pomocniczych nie należy pomijać prześwietlenia klatki piersiowej (ważne uniesienie przepony) oraz przewodu pokarmowego, który bardzo często może dawać w takich przypadkach pozorne objawy schorzenia, a wywołane w istocie jedynie przez ucisk guza nerki. Po omówieniu obrazów nadnercza, guzów torebki nerkowej, miedniczki i miąższu nerkowego, autor zatrzymuje się w końcu nad pomyłkami klinicznymi i radiologicznymi, wynikłymi z błędnego odczytania obrazów rentgenowskich. Do tego prowadzić mogą pewne odbiegnięcia od typowej budowy miedniczki nerkowej, zmiany jej kształtu i położenia w zależności np. od skrętu. czy opadnięcia nerki. Także torbielowatość nerki, kamienie, zwłaszcza ubogie w Ca (niecieniodajne), skrzepy, masy serowate mogą stać się przyczyną pomyłek rozpoznawczych. Poza tym sprawy chorobowe w otoczeniu nerki (ropnie okołonerkowe, opadowe, guzy pozaotrzewnowe, nowotwory trzustki) przez ucisk i przemieszczenie mogą w znacznym stopniu utrudniać rozpoznanie. Na tej podstawie wszechstronne dopiero badania, uzgodnione z klinicystą mogą doprowadzić do właściwego ustalenia pochodzenia stwierdzonych zmian chorobowych. *St. Malczyński* (Lwów).

O torbielowatym rozszerzeniu dolnego śródściennego odcinka moczowodu. W. LILPOP i W. ZAWADOWSKI. Medycyna. Nr 1. 1937.

Użycie środków kontrastowych pozwala ustalić pewne typowe obrazy, odpowiadające torbielowatemu rozszerzeniu moczowodu. Już zwykłe wypełnienie pęcherza kontrastem ujemnym (powietrze), czy dodatnim (cystografia przy pomocy kollargolu) pozwala w tych przypadkach stwierdzić w dolnej części pęcherza twór kształtu okrągłego lub owalnego z ubytkiem w środku przy użyciu zawiesiny kontrastowej (wywołany przez wpuklające się do pęcherza torbielowate rozszerzenie moczowodu). Wprawdzie podobne obrazy mogą powstawać i przy niektórych nowotworach, czy kamieniach (przejrzystych dla promieni X) mimo to już zdjęcie profilowe w tych razach pozwoli zbliżyć się do właściwego rozpoznania. W przypadkach obecności kamienia wapniowego w zakresie torbieli stwierdza się się intensywny cień, a dokoła niego warstwę pierścieniowatą o nasyceniu części miękkich otaczających kamień. Warstwa obrączkowata naokoło cienia kamienia jest cechą charakterystyczną dla torbielowatego rozszerzenia moczowodu i wskazuje, że kamień nie leży w świetle pęcherza, lecz znajduje się w oddzielnej jamce, której ściany leżą między światłem pęcherza, a powierzchnią kamienia. Podobnie i urografia daje w tych przypadkach okrężną, przejrzystą warstwę pierścieniowatą, odpowiadającą ścianie torbieli. Przy kamieniu nie dającym cienia, obraz jest bardzo charakterystyczny, gdyż składać się będzie z cienia ujemnego (kamień przejrzysty) otoczonego podwójnym pierścieniem węższym o nasyceniu kontrastu i szerszym o nasyceniu części miękkich. Torbielowate rozszerzenie moczowodu łączy się zawsze z utrudnieniem spływania moczu, oraz rozszerzeniem moczowodu, co występuje wyraźnie w obrazie urograficznym w postaci wężykowatej smugi. *St. Malczyński* (Lwów).

Przypadek kamicy powiklanej roponerczem gazowym (pneumopyonephrosis). W. LILPOP i W. ZAWADOWSKI. Medycyna. Nr 1. 1937.

Obecność gazu, zjawisko w pęcherzu nierzadkie, jeśli idzie o nerkę, należy do wyjątków. Gaz może wytwarzać się w miejscu, częściej jednak pochodzi z przewodu pokarmowego, skąd dostaje się drogą przetoki do narządu moczowego. Przetoki te najczęściej powstają w związku z rozpadającym się nowotworem kątnicy, esicy lub na tle ropni, zwłaszcza wyrostka robaczkowego. W górnych drogach moczowych częściej jednak gaz wytwarza się na miejscu (fermentacja drożdżowa przy obecności cukru w moczu, albo na tle drobnoustrojów, wytwarzających gaz), przy czym nieraz można stwierdzić wydzielanie się banieczek gazu z ujścia moczowodowego. Zmiany w samym narządzie dają ropienia z równoczesnym nagromadzeniem się większych lub mniejszych ilości gazu. W przypadku opisanym przez autorów, wykazano urografią powiększenie prawej nerki, wypełnionej kamieniami; ponadto stwierdzono szereg plam wielkości 50 groszy, które przypisywano obecności gazu. Badanie anatomo-patologiczne potwierdziło kamicę zakażonej nerki drobnoustrojami, wytwarzającymi gaz, które doprowadziły prawie do zupełnego zniszczenia miąższu nerkowego, wypełnionego jamami o treści gazowej. W końcu autorowie zwracają uwagę na cechy radiologiczne rozmieszczenia zbiorników gazowych w takich przypadkach. Stwierdza się je przede wszystkim w górnej, później środkowej części nerki o położeniu odpowiadającym rozmieszczeniu kielichów. Plamy gazowe zachowują zawsze niezmienione położenie i kształt (co potwierdza się na kolejnych zdjęciach, w pewnych odstępach czasu) a co jest cechą odróżniającą je od plam wywołanych przez gazy jelitowe, ulegających przesunięciom w zależności od ruchów robaczkowych jelit. *St. Malczyński* (Lwów).

Bronchoskopoterapia ropni płuc. RIST E. i SOULAS A. Broncho-oesophago et gastroscopie. Nr 4. 1935.

Bronchoskopoterapia ropni płuc stosowana przez autorów już od dłuższego czasu, polega na odprowadzaniu ropnej wydzieliny przy pomocy bronchoskopii i następowym dooskrzelowym wprowadzaniu roztworu 5% eukaliptolu lub 10% gomenolu w oliwie.

W przeprowadzaniu leczenia, jako też ocenie wyników leczniczych autorowie kierowali się przede wszystkim okresem rozwoju schorzenia. W 8 przypadkach ostrych ropni płuc, trwających 4—8 tygodni już po drugiej lub trzeciej bronchoskopii stwierdzali znaczną poprawę kliniczną, jak spadek gorączki, zmniejszenie ilości ropnej wydzieliny; przy dalszym stosowaniu tych zabiegów (5—6 razy) uzyskali zupełne wyleczenie, stwierdzone też badaniem radiologicznym.

W 4 przypadkach ropni płuc przewlekłych, trwających już czas dłuższy (3—4 miesięcy) przez wytrwałe przeprowadzanie leczenia bronchoskopią (9—11 zabiegów) nastąpiło wyleczenie u wszystkich chorych.

Korzystne wyniki lecznicze osiągnięte w przypadkach autorów zachęcają ich zdaniem do szerokiego stosowania bronchoskopoterapii w schorzeniach ropnych płuc. Leczenie bronchoskopią powinno być jednakże rozpoczęte we wczesnym okresie rozwoju schorzenia, gdyż zupełne wyleczenie w ropniach ostrych następuje w 75%, natomiast w ropniach przewlekłych odsetek wyleczeń jest mniejszy 20—50%, co zmusza w końcu do stosowania leczenia operacyjnego. *W. Bross* (Lwów).

Leczenie różnych schorzeń żołądka za pomocą witaminy A (Voganu). R. BOLLER. Zeitschrift f. klin. Med. T. 130. Z. 2. Str. 163. 1936.

Autor podaje 40 przypadków schorzenia żołądka, w których przez podawanie Voganu usuwano dolegliwości żołądkowe, wstrzymywano biegunki, zwiększano łaknienie i uzyskiwano przyrost na wadze. W ostrych i przewlekłych przypadkach o zmniejszonym i normalnym wydzielaniu kwasu żołądkowego

można było wykazać, że Vogan zwiększa wydzielanie kwasu żołądkowego. W 5 przypadkach wrzodu żołądka lub dwunastnicy usunął Vogan dolegliwości i spowodował znaczny wzrost wagi. W tych przypadkach wyniki badania kwasu żołądkowego przed i po podawaniu Voganu przedstawiały się niejednolicie. Autor wymienia i omawia potrójne działanie witaminy A, mianowicie po pierwsze wpływ Voganu na wydzielanie kwasu żołądkowego, które ulega wzmożeniu, po drugie działanie tuczące, po trzecie wpływ na biegunki u osobników z bez- i podkwaśnością.

J. Bader (Warszawa).

Chirurgia, położnictwo i ginekologia, stomatologia.

Uśpienie dożylne pentothalem sodowym. Technika uśpienia dożylnego. ABEL A. L. i JARMAN R. The Lancet. S. 422 i 600. 1936.

Pentothal sodowy jest związkiem barbiturowym, otrzymanym przez Abbotta, cechującym się silnym, lecz szybko przemijającym działaniem nasennym. Związek ten został zastosowany przez autorów do celów uśpienia dożylnego. Na dużym materiale klinicznym, obejmującym ponad 1.000 operacyj, wykonanych w uśpieniu dożylnym, mogli autorowie stwierdzić, że uśpienie dożylne pentothalem sodowym jest doskonałym sposobem znieczulania ogólnego, pozwalającym na wykonanie nawet dużych zabiegów operacyjnych.

Przebieg uśpienia dożylnego za pomocą pentothalu sodowego podobny jest do uśpienia ewipanowego, jednakże spadek ciśnienia krwi po pentothalu jest zazwyczaj mniejszy niż po ewipanie. Spokojny okres zasypiania oraz brak wymiotów po obudzeniu się z uśpienia, stanowią ważne zalety dożylnego uśpienia pentothalem. Jedynym przeciwwskazaniem do stosowania pentothalu jest niedomoga wątroby i stany ciężkiego zatrucia.

W drugiej części swej pracy, autorowie, omawiając technikę uśpienia dożylnego, opisują używane do tego celu przyrządy, jak przyrząd Dicksona-Wrighta, oraz trójkierunkową strzykawkę Abela-Jarmana, których zastosowanie znacznie ułatwia przeprowadzenie uśpienia dożylnego. Zdaniem autorów uśpienie dożylne będące zabiegiem łatwym i bezpiecznym powinno znaleźć szerokie zastosowanie w nowoczesnej chirurgii.

W. Bross (Lwów).

Leczenie obfitego i przyspieszonego miesiączkowania. E. FERABOLI. Rassegna Internationale de Clinica e Terapia. R. 16. T. 16. Nr 22. Str. 1174—1175, 1935.

Obfite i zbyt częste miesiączkowanie autor tłumaczy niedomogą jajnika i niedostateczną ilością hormonu ciałka żółtego. Doskonale wyniki w leczeniu tych nieprawidłowości daje Sistomensina w dużych dawkach mianowicie po 2 cm³ dziennie w zastrzykach do czasu wystąpienia miesiączki i 6—8 tabletek dziennie w czasie jej trwania. Leczenie rozpoczynał na 8—10 dni przed spodziewaną miesiączką. Do czasu jej wystąpienia wstrzykiwał nadto 1—2 cm³ hormonu przedniego płata przysadki. Tak przeprowadzone leczenie dawało doskonałe wyniki: nie tylko zmniejszało się krwawienie, ale także stawało się krótsze (z 7—8 dni do 3—4 dni). Przy zbyt częstych miesiączkach cykl miesiączkowy doprowadzony bywał do norm fizjologicznych.

Fr. Sienicki (Warszawa).

Otolaryngologia.

Rozluźnienie ścian bocznych jam nosa poprzez zatoki w leczeniu nieżytu zanikowego (ozena). M. G. BUZOIANU. Bulletin de l'Académie de Médecine de Roumanie. T. II. Nr 5.

Metoda autora jest odmianą metody Lautenschlägera; zamiast kilkutygodniowej tamponady zatok szczękowych posługuje się B. szwem zbliżającym ku sobie rozluźnione ściany boczne jam nosowych. Technika zabiegu opisana jest szczegółowo i zilustrowana kilkoma rysunkami. Otrzymane wyniki przemawiają na korzyść tej metody.

Rawicz (Warszawa).

Higiena i medycyna społeczna.

Eteromania. E. CYRAN. Trzeźwość. Nr 5. 1936.

Autor, dyrektor Zakładu Psychiatrycznego w Lublińcu podaje w swym interesującym referacie (wygłoszonym w Katowicach na konferencji w sprawie eteryzmu dnia 4 maja 1936 roku) historię eteryzmu, następnie dane farmakologiczne dotyczące eteru etylowego, oraz środki zmierzające do zwalczania odurzania się eterem. Eteromania, szczególnie rozwinięta na Śląsku, jest — zdaniem Cyrana — w dużej mierze następstwem uporczywego i ciągle wzrastającego przemytu eteru z zagranicy na odcinku granicznym powiatu rybnickiego. Za najbardziej racjonalną akcję zmierzającą do zatkania tego nielegalnego źródła dostawy eteru uważa autor akcję na drodze dyplomatycznej. W ogóle walka z eteromanią jest łatwiejsza od walki z alkoholizmem, ponieważ, podczas gdy monopol spirytusowy, z którego państwo czerpie poważną część swych dochodów czyni walkę z alkoholizmem z góry iluzoryczną, to rozporządzenie z dnia 22 lutego 1928 r., uniemożliwiające zasadniczo nabywanie eteru w drodze legalnej (z wyjątkiem celów naukowych, lekarskich i przemysłowo-technicznych), stawia nas z góry w walce z eteromanią w lepszej bez porównania pozycji.

Z. Bieliński (Lwów).

W niezmiernie ważnej sprawie. T. NOCZNICKI. Trzeźwość. Nr 5. 1936.

Były minister i senator, Tomasz Nocznicki omawia w interesująco napisanym artykule sprawy poruszane już na łamach „Trzeźwości", a to sprawę przemytu alkoholu, tajnego gorzelnictwa oraz sprawę eteryzmu, szczególnie rozwiniętego na Śląsku. Okazuje się, że w Polsce istnieje w chwili obecnej dwadzieścia tysięcy potajemnych gorzelni, która to liczba, zwłaszcza w porównaniu z ilością gmin w Polsce (12.578), oraz z ogromnie niskim stanem oświatowym i materialnym mas, musi każdego przerazić. Autor apeluje do nauczycielstwa, duchowieństwa i związków młodzieżowych, by zechciały wzmóc akcję antyalkoholową. Przerażające, żywiołowe rozszerzanie się eteryzmu na Śląsku tłumaczy Nocznicki wzrastającą nędzą.

Z. Bieliński (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Koło Naukowe Związku Lekarzy P. P. w Drohobyczu.

I posiedzenie w dniu 20 grudnia 1935 roku.
Przewodniczy: Kol. Eliasiewicz.

Kol. Czyżewski otwiera pierwsze posiedzenie powakacyjne i wygłasza wspomnienie pośmiertne o zmarłych kol. Dwernickim i Rosenscheinie.

1. Kol. Hoffmann *omawia przypadek ciężkiej niedokrwistości złośliwej.* M., l. 38, przyjęty 2. VIII. 1935, chory od stycznia przedstawia typowy obraz niedokrwistości złośliwej. Ciałek czerwonych 855.000, Hb 20%. Wskaźnik 1.25, ciałek białych 4.200; stosowano przez 10 dni wątrobę doustnie i w zastrzykach (hepatogen i pernaemon) bez skutku. Przy bardzo ciężkim stanie 13. VIII. wykonano (Dyr. Dr Czyżewski) przelanie około 400 cm³ krwi grupowo równoimiennej, ustalonej cytrynianem sodowym. Od trzeciego dnia po zabiegu stała poprawa. W dalszym ciągu leczono wątrobą. Dnia 8. X. ciałek czerw. 3,900.000, Hb 95%. Wskaźnik 1, ciałek białych 6.000. Chory z dobrym samopoczuciem wrócił do pracy.

Rozprawy: Kol. Czyżewski omawia przetaczanie krwi w schorzeniach narządów krwiotwórczych, kol. Acht opisuje obraz dna oka u chorego z głębokimi wylewami krwawymi, świeżymi i starszymi pozaciąganymi w promieniste blizny.

2. Kol. Czyżewski składa sprawozdanie z Międzynarodowego Zjazdu Szpitalnictwa w Rzymie.

II posiedzenie w dniu 4 grudnia 1935 roku.
Przewodniczy: Kol. Wilder.

1. Kol. Hoffmann *wygłasza odczyt o problemach omawianych na XV Międzynarodowym kursie dokształcającym w Karlsbadzie* we wrześniu 1935 roku. W formie reportażu omawia tematy z różnych dziedzin medycyny: nieżyt żołądka i jego stosunek do wrzodu, śpiączka, zakaźne zapalenie stawów, zapobieganie pooperacyjnym zaburzeniom krążenia za pomocą histaminy.

Rozprawy: kol. Mischel, Wilder, Roth, Frommer, Hammermann, Czyżewski.

2. Kol. Czyżewski *mówi o najnowszych badaniach doświadczalnych nad histaminą,* która powstaje jako produkt rozpadu białka komórkowego i omawia powikłania pooperacyjne przypisywane histaminie.

III posiedzenie w dniu 18 grudnia 1935 roku.
Przewodniczy: Kol. Czyżewski.

1. Kol. Frommer *pokazuje* a) *interesujący przypadek lues III. tubero-ulcerosa serpiginosa, jego przebieg i leczenie;* b) *pokazuje i omawia wyniki leczenia żylaków za pomocą zastrzyków dożylnych oraz technikę tych zastrzyków.*

Rozprawy: kol. Czyżewski i Sussmann.

2. Dr Pawlukowa *pokazuje przypadek ropnia płuc, wyleczonego wyrwaniem nerwu przeponowego.*

Rozprawy: kol. Czyżewski, Mischel, Roth, Chomet, Wilder, Fell, Pechtold, Schwarz.

3. Kol. Fell (gość) *wygłasza referat pt.: „Stenosis mitralis jako samoistna wada zastawkowa oraz jako samodzielna jednostka kliniczna“.*

Rozprawy: Dr Michel, Kreisberg, Wilder i Fell.

IV posiedzenie w dniu 8 stycznia 1936 roku.

Przewodniczy: Kol. Czyżewski.

1. Kol. Kreisberg *pokazuje przypadek wrodzonego obrzęku śluzakowatego* u 3½-rocznego dziecka ze znacznym upośledzeniem rozwoju zarówno fizycznego, jak i umysłowego, po czym omawia patogenezę i lecznictwo tej choroby a w końcu rozpoznanie różniczkowe przypadku.

Rozprawy: kol. Czyżewska omawia podobny przypadek. Kol. Mischel żąda uzupełnienia badania głównie w kierunku stwierdzenia zaburzeń podstawowej przemiany materii; Kol. Czyżewski mówi o niekorzystnych wynikach przeszczepiania gruczołu tarczykowego; poza tym zabierali głos Kol. Schwarz i Roth.

2. Kol. Frommer *pokazuje przypadek lupus erythematodes,* omawia stosunek gruźlicy do tocznia rumieniowatego, dzisiejsze mianownictwo *erythematodes* (bez dodatku *lupus*) oraz leczenie tej jednostki solami złota.

3. Kol. Mischel *mówi na temat patogenezy, kliniki i leczenia dusznicy bolesnej* w świetle najnowszych badań, o zmianach anatomo-patologicznych w naczyniach wieńcowych serca, o udziale układu nerwowego, obrazie elektrokardiograficznym i najnowszych metodach leczenia.

Rozprawy: Kol. Czyżewski i Wilder.

V posiedzenie w dniu 22 stycznia 1936 roku.

Przewodniczący: Kol. Acht.

1. Kol. Friedländerówna *pokazuje dziecko z kilą wrodzoną.*

2. Kol. Frommer *pokazuje* a) *przypadek dermatitis herpetiformis Duhringa;* b) *omawia genezę, klinikę, serologię i leczenie kiły wrodzonej i nabytej, rzeżączki, następowe stany psychopatyczne u dzieci a w końcu leczenie i postępowanie zapobiegawcze w sierocińcach, ochronkach, szkołach i poradniach przedmałżeńskich.*

Rozprawy: Kol. Czyżewska mówi o metodach leczenia przypadków kiły wrodzonej u dzieci w szpitalu dziecięcym we Lwowie; ponadto zabierali głos kol. Friedländerówna, Acht, Kreisberg i Frommer.

VI posiedzenie w dniu 5 lutego 1936 roku.

Przewodniczy: Kol. Frommer.

1. Kol. Hoffmann *przedstawia chorą, która z powodu choroby Basedowa była operowaną po przygotowaniu dwujodotyrozyną* „Roche“ z wynikiem dobrym, po czym wygłasza referat o leczeniu choroby Basedowa. Po omówieniu sposobów leczniczych stosowanych obecnie przy chorobie Basedowa podaje wskazania do leczenia naświetlaniami Roentgena a następnie wskazania i dotychczasowe wyniki leczenia kombinowanego polegającego na 10—14-dniowym podawaniu dwujodotyrozyny i bezpośrednio po tym wykonywanym zabiegu operacyjnym.

2. Kol. Roth *omawia leczenie choroby Basedowa promieniami Roentgena,* mechanizm ich działania na tarczycę przy nadczynności lub wadliwej czynności oraz na grasicę, wskazania do naświetlań oraz wyniki leczenia promieniami Roentgena w świetle najnowszej statystyki. Przy końcu rozprawia się z przesadną obawą przed zrostami promiennymi.

Kol. Czyżewski zajmuje się leczeniem chirurgicznym choroby Basedowa. Omawia podział wola na dwie grupy: *struma basedoviana* i *struma basedovificata* oraz ustosunkowanie się chirurga do tych dwóch grup. Szczegółowiej zajmuje się przygotowaniem chorego do operacji przez podawanie jodu, więcej uwagi poświęca też kwestii wyboru znieczulenia miejscowego lub uśpienia (awertyna).

Rozprawy: kol. Schwarz podnosi ważność badania krwi dla celów rozpoznawczych i rokowania; ponadto zabierali głos kol. Mischel, Tepper, Chomet, Frommer, Hoffmann, Roth i Czyżewski.

VII posiedzenie w dniu 19 lutego 1936 roku.

Przewodniczy: kol. Friedländerówna.

Kol. Tepper *wygłasza referat o wodonerczu,* omawiając etiologię, patogenezę, anatomię patologiczną, objawy kliniczne oraz rozpoznanie różniczkowe wodonercza, po czym przechodzi do leczenia zachowawczego i operacyjnego, przy końcu zaś pokazuje chorego operowanego na skutek wodonercza *(nephrectomia* — Dr Czyżewski). Dla ilustracji przedstawia wspólnie z kol. Rothem szereg zdjęć przypadków wodonercza i roponercza.

Kol. Czyżewski uzupełnia wywody referenta uwagami dotyczącymi metod i wyników zabiegów operacyjnych przy wodo- i roponerczach.

Rozprawy: kol. Roth mówi o pyelografii dożylnej, Hoffmann o wpływie czynników nerwowych na powstawanie wodonercza, Schwarz i Tepper o rozpoznawaniu roponercza gruźliczego przez szczepienie moczu chorego na świnkę morską.

VIII posiedzenie w dniu 18 marca 1936 roku.

Przewodniczy: Kol. Göttlinger.

Kol. Roth *wygłasza referat na temat „40-lecie promieni Roentgena“.* Po podaniu krótkiego życiorysu Roentgena zajął się referent omówieniem żywego rozwoju radiologii w ciągu ostatnich lat. Pojawiły się nowe wskazania, dawniejsze wyszły z okresu prób i badań, ulepszono znacznie aparaturę, udoskonalono technikę badań radiologicznych, zwłaszcza zdjęć, naświetlań i pomiarów dawek rentgenowskich; zmieniły się i rozszerzyły wskutek licznych doświadczeń i badań klinicznych, niektóre pojęcia o istocie i działaniu promieni Roentgena. Ten stały postęp i rozwój w dziedzinie radiologii spowodował też znaczne rozszerzenie pola działania radiologa. W końcu zwrócił referent szczególną uwagę na rozwój radiologii i piśmiennictwa radiologicznego w Polsce.

Rozprawy: kol. Hammermann, Frommer, Wilder.

IX posiedzenie w dniu 1 kwietnia 1936 roku.

Przewodniczy: Kol. Chomet.

1. Kol. Frommer *pokazuje przypadek erysipeloidu Rosenbacha oraz omawia sposób leczenia.*

2. Kol. Hoffmann *omawia przypadek białaczki rzekomej limfatycznej,* która po 2 miesiącach przeszła w białaczkę limfatyczną. Chora K., lat 30, przyjęta 25. XI. 1935, od miesiąca czuje się bardzo osłabiona, w ostatnich kilku dniach nie mogła w ogóle chodzić. W maju 1935 rodziła normalnie (V poród), dzieci żyją. W dzieciństwie przeszła płonicę. Przy przyjęciu: ciepłota 37,6°, tętno 100, wybitna bladość skóry i błon śluzowych; w gardle: nad prawym migdałkiem guz bladoróżowy wielkości orzecha laskowego, na szyi, w pachach i pachwinach powiększone gruczoły, wielkości fasoli do orzecha laskowego, niebolesne. Płuca bez zmian, serce: nad koniuszkiem a zwłaszcza nad mostkiem szmer skurczowy. Śledziona wystaje na 2½ palca poza łuk żebrowy, twarda, gładka, na ucisk niebolesna. Wątroba: 2 palce poniżej łuku żebrowego, twarda, o brzegu gładkim, na ucisk niebolesna. Mocz bez zmian. Obraz krwi (29. XI.): ciałek czerwonych 1.050.000. Wskaźnik: 1.25. Hb 25%; ciałek białych 3.100 — pał. 5.6%, segm. 25.2%, eoz. 2.8%, mon. 0.80%, limf. 65.6%. Ciałka czerwone wykazują anizo-poikilocytozę, polichromazję, normoblasty obecne. Odczyn Wassermanna we krwi ujemny. Stosowano arsen i wątrobę. Dnia 6. XII. ciałek czerwonych 1,330.000, Hb 29%; 12. XII. ciałek czerwonych 1,740.000, Hb 33%. Ciałka białe bez większych zmian. Poprawa, chora chodzi bez zmęczenia. Dnia 20. XII. ciałek czerwonych 2,200.000, Hb 50%. Wskaźnik 1.1, ciałek białych 27.000; pał. 2.5%, segm. 5.5%, limf. 87% mon. 1%; ciałka czerwone wykazują anizocytozę, chora opuszcza szpital dnia 24. XII. Dnia 13. I. 1936 r. wraca w bardzo ciężkim stanie i podaje, że przed 10 dniami nastąpiło znaczne pogorszenie, wysoka ciepłota, osłabienie i duszność przy chodzeniu. Przedmiotowo stwierdzono przy przyjęciu ciepłotę 38,2°, tętno 120, słabo napięte, miarowe, duszność, wybroczyny na dziąsłach, na tylnej ścianie gardła i na skórze brzucha, zresztą stan, jak dnia 25. XI. Dnia 14. I. ciałek białych 23.800, pał. 1%, segm. 0.6%, eoz. 0.4%, mon. 1%, limf. 97%. Hb 20%. Wskaźnik 1.1, ciałek czerwonych 910.000 — barwią się polichromatycznie i wykazują anizo-poikilocytozę. Dnia 15. I. o godzinie 6-tej duszność wzmogła się, tętno nitkowate, zejście śmiertelne.

Mamy w tym wypadku do czynienia z białaczką rzekomą limfatyczną i towarzyszącą jej wybitną niedokrewnością o typie nadbarwliwym i znaczną leukopenią, która po okresie około 2-miesięcznym przeszła w białaczkę limfatyczną, przy czym obraz krwinek czerwonych i samopoczucie poprawiły się, po czym nagłe pogorszenie i śmierć. Przejścia takie nie należą do rzadkości, również tak wielka niedokrewność przy białaczkach, która w pierwszym okresie choroby może wysunąć się na plan pierwszy i z tego powodu nawet utrudnić z początku postawienie właściwego rozpoznania.

Rozprawy: kol. Mischel jun. opisuje szczegółowo zmiany w gardle chorej; Chomet, Roth podnoszą niebezpieczeństwo połączone ze stosowaniem leczenia promieniami Roentgena w przypadkach białaczki ostrej, w przeciwieństwie do białaczek przewlekłych, gdzie Roentgen jest najsilniejszą i najskuteczniejszą bronią.

3. Kol. Czyżewski *omawia patogenezę wrodzonego zwichnięcia biodra* według interesujących zapatrywań Ombrédanne'a. Nie wszystkie noworodki mają należycie wykształconą panewkę biodrową. Rzadkość występowania wrodzonego zwichnięcia biodra u Murzynów łączy się ze zwyczajem noszenia niemowląt na plecach w chustkach, gdzie są ułożone z podkurczonymi nogami. W wypadkach spóźnionego wykształcenia się panewki, główka kości udowej nie ma sposobności wysuwania się z panewki, jak to się dzieje u ras cywilizowanych, które układają niemowlęta z wyprostowanymi nogami.

Sekretarz: *Dr Józef Roth.*

PRZY ŚWIĘCIE WIELKANOCY REDAKCJA P. G. L. SKŁADA SWYM WSPÓŁPRACOWNIKOM I CZYTELNIKOM NAJLEPSZE ŻYCZENIA.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Ruch w towarzystwach lekarskich i zjazdy.

VIII posiedzenie naukowe Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego odbyło się dnia 12 marca 1937 r. Porządek dzienny: 1) Kol. Olszewski K.: 3 przypadki ziarnicy złośliwej z guzami śródpiersia (demonstr.). 2) Kol. Długosz H.: 2 przypadki ziarnicy złośliwej ze zmianami w układzie kostnym (demonstracja). 3) Kol. Goertz J.: Przypadek ziarnicy złośliwej obserwowany przez pięć lat (demonstracja). 4) Kol. Teppa S.: Przypadek zapalenia opon mózgowych (demonstracja). 5) Kol. Lankosz: Badania elektrokardiograficzne u narciarzy (wykład).

IX posiedzenie naukowe Lwowskiego Towarzystwa lekarskiego odbyło się dnia 19 marca 1937. Porządek dzienny: 1) Kol. Rothfeld J.: O katapleksji przysennej (demonstracja). 2) Kol. Teppa S.: Przypadek zapalenia opon mózgowych (demonstracja). 3) Kol. Stein W. i Zeghauser A.: Przypadek interrenalizmu (demonstracja). 4) Kol. Długosz H.: Częściowy blok odgałęzienia (ramienia) (pokaz Ekg).

Wykonując uchwałę Zjazdu Polskiego Towarzystwa Higienicznego, który odbył się we wrześniu r. ub. w Katowicach, Zarząd Towarzystwa powołał do życia Sekcję Higieny i Bezpieczeństwa Pracy. Członkami Sekcji są lekarze i inżynierowie pracujący praktycznie bądź naukowo w dziedzinie ochrony pracy. Przewodniczącym Sekcji wybrany został dr Br. Nowakowski, kierownik Oddziału Higieny Pracy Państwowej Szkoły Higieny w Warszawie.

VI Międzynarodowy Kongres Medycyny Fizykalnej i Fizjoterapii odbył się w Londynie w dniach od 12 do 16 maja 1936 r. Po otwarciu Kongresu, prezesi delegacji narodów reprezentowanych na zjeździe, zostali przedstawieni księciu Yorku, teraźniejszemu królowi Jerzemu VI. Prezesem delegacji polskiej, wyznaczonej przez Polskie Towarzystwo Radiologiczne i Fizjoterapeutyczne, był Dr Bronisław Sabat, który na wymienionym Kongresie został wybrany wiceprezesem Międzynarodowego Towarzystwa Medycyny Fizykalnej i Fizjoterapii. Godność tę piastuje on już przez drugą kadencję, mianowicie od czasu V Międzynarodowego Kongresu Fizjoterapii, który się odbył w Liége w 1930 roku. Na Kongresie w Londynie przez lekarzy polskich zostały wygłoszone trzy referaty naukowe: 2 przez Dr Bronisława Sabata z Warszawy i 1 przez Dr Jana Żniniewicza z Poznania. Na bankiecie oficjalnym wygłosil m. in. przemówienie w języku angielskim prezes delegacji polskiej.

III Międzynarodowy Kongres Aktynologiczny odbył się w Wiesbadenie w dniach od 2 do 7 września 1936 r. Delegatem polskim, wyznaczonym przez Polskie Towarzystwo Radiologiczne i Fizjoterapeutyczne, był Dr Bronisław Sabat, który wygłosił przemówienie na bankiecie oficjalnym oraz przemawiał dwukrotnie na posiedzeniach naukowych Kongresu. Po zamknięciu obrad Kongresu, uczestnicy udali się autokarami do Nauheim i do Giessen, gdzie zwiedzili słynny zakład dla leczenia tocznia, pozostający pod kierownictwem prof. Schultze. W Giessen uczestnicy Kongresu byli gościnnie podejmowani przez Wydział Lekarski Uniwersytetu. Na przyjęciu tym delegat polski również wygłosił przemówienie, przyjęte gorąco przez obecnych oraz przez miejscową prasę.

XXV Kongres Lekarzy Francuskich odbędzie się w Marsylii w czasie od 26—28 września 1938 r. pod przewodnictwem prof. Olmera. Sekretarzem generalnym jest prof. H. Roger. Omówione zostaną następujące tematy: leczenie awitaminoz u dorosłych, stany hipochloremiczne i spirochetozy wywołujące żółtaczkę.

V Międzynarodowy Kongres Szpitalnictwa odbędzie się w Paryżu w czasie od 5—11 lipca b. r. pod honorowym przewodnictwem prezydenta Francji. Sekretariat: 3. Avenue Victoria. A Paris (4-e ARR).

Reunions Médico-Chirurgicales de Morphologie odbyło dnia 17. III. b. r. posiedzenie z następującym porządkiem dziennym: 1) Dr Cuvier (Bordeaux): Wpływ zaczynów mlekowych na rany. 2) Dresse M. A. Frouin (Bordeaux): Wrodzone zwichnięcie stawu biodrowego. 3) Dr Claoue (Paryż) i dr Chwatt (Łódź): Paraffinomata. Nadto m. in. przedstawili swą pracę Gendre-Chagnert (Lyon).

Różne.

Z kraju.

Choroby zakaźne w Polsce w czasie od 13 do 31 grudnia 1936 roku:

Choroby	Tydzień 51 13—19/XII	Tydzień 52 20—26/XII	Tydzień 53 27—31/XII
Ospa	—	—	—
Dur brzuszny	202 *19*	157 *19*	165 9
Dury rzekome	1	—	—
Dur plamisty	49 *2*	33 *4*	40 *4*
Dur powrotny	—	—	—
Czerwonka	13 1	*2*	4
Płonica	488 *16*	313 9	*292 7*
Błonica	449 *27*	361 *26*	*329 22*
Nagminne zap. opon m.-rdz.	21 *4*	21 *6*	10 *2*
Odra	1900 *12*	686 *11*	599 8
Krztusiec	*249 24*	*220 3*	97 5
Zimnica	—	—	1
Zakażenie połogowe	28 *7*	22 *8*	17 5
Choroba Heine-Medina	—	*2*	—
Nagm. zap. mózgu	—	—	*1*
Choroba Banga	—	—	—
Trąd	—	—	—
Gruźlica	491 *182*	*299 120*	*267 145*
Róża	96 *6*	127 *16*	87 *4*
Jaglica	424	*223*	198
Twardziel	*2*	*2*	1 *2*
Wąglik	—	1	1
Nosacizna	—	—	—
Włośnica	5	—	—
Wścieklizna	—	*1*	—

Liczby drukiem pochylonym oznaczają zgony.

Na zaproszenie komitetu Międzynarodowej Wystawy Uzdrowiskowej w Beppu (Japonia) przesłane do Polski za pośrednictwem naszego poselstwa w Tokio, uzdrowiska polskie wezmą udział w wymienionej wystawie. Odbędzie się ona w okresie od 25 marca do 13 maja b. r. w jednym z największych kąpielisk nadmorskich Japonii — Beppu. Mając na względzie stałą propagandę uzdrowisk zagranicznych między kuracjuszami przybywającymi do Beppu, burmistrz tej miejscowości zaproponował wystawcom m. in. i uzdrowiskom polskim pozostawienie eksponatów na stałe w formie całorocznej wystawy informacyjno-propagandowej. Uzdrowiska polskie biorą udział w wystawie za pośrednictwem Związku Uzdrowisk Polskich, co umożliwiło im koordynację wysiłków i zmniejszenie kosztów oraz ułatwiło dobór eksponatów. Dział uzdrowisk polskich wypełnią eksponaty w postaci prospektów i barwnych plakatów i produktów źródlanych szeregu większych zdrojowisk (wody mineralne, okłady borowinowe, sole, wyciągi z igliwia itp.). Udział w wystawie zgłosiły ponadto Wydział Turystyki Ministerstwa Komunikacji i Departament Służby Zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej. Przesłały one na wystawę następujące eksponaty: mapę Polski specjalnie uwzględniającą uzdrowiska, powiększenia fotograficzne Zakopanego, Krynicy, Szczawnicy, Ciechocinka i Żegiestowa oraz Krakowa i Warszawy (Wawel i Łazienki), jak również literaturę propagandową i produkty źródlane zdrojowisk państwowych.

Niemcy.

W Hamburgu odbył się w dniach 18—19 listopada r. ub. zjazd Niemieckiego Towarzystwa Medycyny wypadkowej, ubezpieczeniowej i zapobiegawczej. W zjeździe wzięli udział przedstawiciele uniwersytetów, klinik i stowarzyszeń naukowych. W czasie obrad dyskutowano nad zawodowymi uszkodzeniami stawów u górników, stosowaniem protez, leczeniem urazów czaszki i kości wskutek wypadków przy pracy i innymi zagadnieniami z zakresu medycyny wypadkowej.

Anglia.

Angielska Rada naukowo-lekarska wyłoniła komisję do badania chorób zawodowych płuc. Komisja ta ma przeprowadzić badania wśród górników w kopalniach węgla. Opracowany program badań zawiera następujące punkty: 1) badania kliniczne i rentgenologiczne górników; 2) inwalidztwo w związku z wydobywaniem węgla przy pomocy środków wybuchowych; 3) badania nad zapyleniem powietrza w poszczególnych kopalniach i ich oddziałach oraz określenie właściwości chemicznych i petrologicznych próbek pyłu kopalnianego.

Ze świata.

Epidemia grypy w roku 1936/37 nawiedziła najpierw Stany Zjednoczone A. P., okazując dość łagodny przebieg, jakkolwiek liczba zachorowań była duża. W listopadzie ub. r. przeszła grypa przez zachodnią Europę. Największa śmiertelność w ogóle zaznaczyła się w trzecim tygodniu grudnia. W Niemczech największa śmiertelność była w Berlinie w połowie grudnia. Ogólna śmiertelność w czasie od 15 listopada do 19 grudnia wyrażała się następującymi liczbami: 12,2—4,2—17,9—20,1—20,7 na 1000 mieszkańców. W czwartym tygodniu grudnia śmiertelność zmniejszyła się. W Anglii notowano ciężką grypę z końcem grudnia. W Londynie i południowej części kraju było 4 miliony zachorowań z licznymi przypadkami śmiertelnymi. Śmiertelność dotyczyła przede wszystkim ludzi w wieku starszym i wynosiła w czasie od 27. XII. 1936 do 2. I. 1937 w Londynie 22,1, w innych zaś okolicach 17,2—18,8—21,4. W okresie 3-tygodniowym zliczono w Londynie 464 zgonów, z czego 46.3% przypadło na wiek powyżej 65 lat, a tylko 5.2% na wiek poniżej 25 lat. Potem przeszła epidemia grypy na północną Anglię, Szkocję i Irlandię. W czasie od 2—9 stycznia 1937 liczba zgonów w 122 miastach Anglii i Walii wzrosła do 768, potem nawet do 1.137. W krajach skandynawskich i bałtyckich, w Austrii i na Węgrzech nie było większej epidemii. Łagodny charakter miała grypa w Rumunii, Jugosławii, Francji i Hiszpanii.

Komunikaty.

Na posiedzeniu Komitetu Wykonawczego Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego, które odbyło się w Paryżu w dniu 9 stycznia b. r., postanowiono, że X Międzynarodowy Zjazd Przeciwgruźliczy, który miał się odbyć we wrześniu 1936 r. w Lizbonie, a nie odbył się z przyczyn od związku niezależnych, odbędzie się stanowczo we wrześniu 1937 r. O ile okaże się możliwym odbycie tego Zjazdu w Lizbonie, termin będzie ustalony na pierwsze dni września, w razie, gdyby odbycie Zjazdu w Lizbonie okazało się niemożliwe, ostateczny ścisły termin i miejsce Zjazdu będą ustalone w końcu kwietnia lub na początku maja b. r. W dalszym ciągu Komitet Wykonawczy powziął decyzję zwołać XI Zjazd Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego zamiast w roku 1938, w roku 1939, do Berlina, z zastrzeżeniem, że decyzja ta winna być, w myśl wymagań statutu, zatwierdzona przez najbliższe Walne Zebranie Międzynarodowego Związku. Członkowie Komitetu Wykonawczego wyrazili jednogłośnie wdzięczność Rządowi Włoskiemu za oddanie do dyspozycji Związku, wzorem lat ubiegłych, 6 stypendiów w Instytucie Carlo Forlanini w Rzymie. Komitet zatwierdził regulamin Fundacji im. Prof. Leona Bernard'a, w myśl której będzie wypłacana co dwa lata przez Komitet Wykonawczy nagroda autorowi wyróżnionej przez Komitet Wykonawczy pracy na temat społecznej walki z gruźlicą. Praca winna być napisana w języku angielskim lub francuskim.

Wreszcie postanowiono zwrócić się do członków Międzynarodowego Związku z różnych krajów z prośbą o zgłoszenie zagadnień naukowych, które mogłyby być zaproponowane jako temat prac naukowych obliczonych na dłuższą metę, a które następnie mogłyby wejść do programów następnych zjazdów Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego.

W Anglii powstało stowarzyszenie lekarskie o charakterze międzynarodowym pod nazwą *„The Medical Association of the International Clinic"* z siedzibą w Tunbridge Wells. Władze stowarzyszenia tworzą: prezydent Dr A. J. Douglas-Cameron (Anglia), wiceprezydenci Dr Clarence Neymann (U. S. A.), Dr Pierre Vachet (Francja), Prof. Dr E. Löwenstein (Austria), sekretarz generalny Dr Gourliau (Francja), nadto sekretarze poszczególnych krajów (Anglia, Francja, Stany Zjednoczone Ameryki, Włochy, Polska itp.). Celem powyższego stowarzyszenia jest współpraca naukowa różnych krajów w dziedzinie medycyny (z wyraźnym ominięciem wszelkiego czynnika politycznego). Ta współpraca może się wyrażać na drodze bezpośredniej wymiany myśli na kongresach lub specjalnych odczytach, organizowanych przez stowarzyszenie, dalej na drodze wymiany odbitek naukowych, ułatwienia drukowania prac zagranicą, wzajemnej wymiany młodych lekarzy dla dokształcenia i badań naukowych itp. Jako przykład ilustrujący działalność stowarzyszenia w dziedzinie publikacyj niechaj służy wydanie w marcu 1936 r. specjalnego numeru czasopisma naukowego *„Medical Press and Circular"* (London), poświęconego chorobom kiszki grubej, w którym ukazała się między innymi praca prof. O. Goetze'go z Uniwersytetu w Erlangen (Niemcy). Drugim przykładem może służyć specjalny cykl odczytów dotyczących schorzeń tarczycy, zorganizowany przez stowarzyszenie w Tunbridge Wells, w którym wzięli udział uproszeni z Uniwersytetu Paryskiego prof. Joliot i Curie-Joliot (zagadnienie promieniotwórczości). Nadto w Paryżu wychodzi *„L'Europe Medicale"*, miesięcznik o charakterze naukowo-literackim, poruszający często zagadnienia lekarskie natury ogólniejszej i informujący o charakterze prac w różnych krajach. W dotychczasowych 9 numerach wypowiedziało się około 50 profesorów z różnych uniwersytetów. Łamy tego pisma są do dyspozycji dla każdego członka stowarzyszenia. Roczny abonament wynosi 60 fr. franc. (w tej sprawie zwracać się do sekretarza generalnego Dra Gourliau, 7 bis rue Eugène-Manuel Paris XVI-e). Można jednak być członkiem towarzystwa nie abonując miesięcznika „L'Europe Médicale". Sekretarz na Polskę: Dr Władysław Elmer, Lwów, ul. Senatorska 6.

Redakcja otrzymała:

K. Dąbrowski, J. Gackowski i S. Chodkowska: Gruźlica płuc ze współistniejącą chorobą Recklinghausena i guzem nadnercza. Odb. z „Gruźlicy". Nr 5. 1936.

J. Gackowski: Krwotok śmiertelny w przypadku rozstrzeni oskrzelowych płatu górnego prawego. Odb. z „Gruźlicy". Z. 5—6. 1934.

J. Gackowski: Przymiot twardzieli. Odb. z „Gruźlicy". Nr 4. 1936.

Nakładem Zarządu Głównego P. C. K. — Warszawa.

L. Krzewiński: Ratunku!... Gaz!. Cena 15 gr.
L. Krzewiński: Wieś w obliczu wojny. Cena 15 gr.
A. Rząśnicki: Złe przyzwyczajenia. Cena 15 gr.
J. Babecki: Dobra woda do picia. Cena 75 gr.
J. Babecki: Suchotnik w domu. Cena 15 gr.
A. Rząśnicki: Zdrowie na codzień. Cena 15 gr.
St. Przedpelski: Położnica w domu. Cena 15 gr.
G. Szulc: Co i jak należy jeść, aby być zdrowym.
Cz. Wroczyński: Co widziałem we wsi. Cena 15 gr.
M. W.: Niepotrzebne zmartwienie. Cena 15 gr.
M. Kacprzak: Czyste powietrze w izbie.
J. J.: Chory w domu. Cena 15 gr.
Pierwsza pomoc w zatruciach gazami bojowymi. Cena 1 gr.
H. Radlińska: Służba społeczna pielęgniarki. Cena 50 gr.
Jak wychować zdrowe dziecko. Cena 20 gr.
Jak wychować zdrowe dziecko. Część II. Cena 20 gr.
J. Misiewicz: Podręcznik ratownictwa. Cena 60 gr.
C. v. Noorden: Entwicklung und weitere Aufgaben der diätetischen Therapie. Wyd. Urban-Schwarzenberg, Berlin-Wiedeń 1937. Cena: 1.50 RM.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA

w kraju . . . . zł 12.—
za granicą . . . . zł 18.—

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.